Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1226

DE L'ECTOPIE CONGÉNITALE
intra-pelvienne du rein
EN
ANATOMIE, EN GYNÉCOLOGIE & EN OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CHAPUIS

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Sainte-Colombe-lez-Vienne (Rhône), le 30 Janvier 1868

LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — *LYON*

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1226

DE L'ECTOPIE CONGÉNITALE

intra-pelvienne du rein

EN

ANATOMIE, EN GYNÉCOLOGIE & EN OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CHAPUIS

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Sainte-Colombe-lez-Vienne (Rhône), le 30 Janvier 1868

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — *LYON*

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET ..... DOYEN.
LÉPINE ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricales et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes ..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.
BEAUVISAGE.
BOYER.
CONDAMIN.
COURMONT
COLLET.

MM. CURTILET.
DEVIC.
DOYON.
DURAND.
GANGOLPHE.

MM. MOREAU.
POLLOSSON (Aug.)
ROCHET.
ROLLET.
ROQUE.
ROUX.

MM. SIRAUD.
VALLAS.
CAUSSE, chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, *Président* ; M. TEISSIER, *Assesseur* ; MM. CONDAMIN et DURAND, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner n approbation ni improbation.

Travaux du même Auteur

Etranglement de la verge par une massette de cantonnier. (Gazette hebdomad. Janv. 1892).

Note sur un ostéo-sarcome du tibia (Lyon-Méd. T. 69. p. 476).

Myxo-sarcome de la cuisse ; ligature de la veine fémorale ; guérison sans troubles de circulation. (Lyon Méd. T. 70, p. 479.)

Désarticulation du genou pour ostéomyélite prolongée du tibia. (Gaz. Hebdom., février 1892.)

Nouveau cas de chorée héréditaire, — en collaboration avec M. le prof. agrégé Lannois, médecin des hôpitaux. (Lyon Méd., 1893, n° 1.)

A propos d'un cas de maladie de Morvan, en collaboration avec M. le Dr Leclerc, médecin des hôpitaux (Gaz. Hebdom. Déc. 1893).

Nouvelle observation de chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire. (Lyon Méd. T. 76, page 435 et Gaz. des hôpitaux. 19 juillet 1894).

Revue générale : Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire (Gaz. des Hôp. 13 oct. 94).

Cancer utérin ; gangrène sèche des deux membres inférieurs ; thrombose artérielle des iliaques ayant eu pour origine une compression de l'artère hypogastrique droite par un gros ganglion cancéreux (gang. de Poirier). (Lyon médical, T. 76, p. 543).

Cal osseux solide linéaire obtenu par la suture osseuse dans une fracture de la rotule. (Lyon Médical, T. 77, page 403).

Rein en ectopie congénitale intra-pelvienne chez un sujet de sexe féminin. Le rein pelvien peut être une cause de dys-

tocie et d'erreur de diagnostic en clinique gynécologique. Faits à l'appui. (Lyon Médical, T. 79, page 39.

Paralysie récurrentielle droite déterminée par un anévrysme de la sous-clavière droite. (Prov. Médicale 1895, p. 282, et Lyon Méd. T. 79, p. 570).

Note sur l'Innervation du larynx. Analyse d'un travail récent de Grabower : « Le pneumogastrique seul nerf moteur du larynx ». (Prov. Médicale, 6 juillet 1895).

Syphilome tertiaire de la narine simulant absolument un chancre initial de la muqueuse pituitaire (in Thèse de Brunon, Lyon 1895).

En écrivant ces lignes, je ne puis échapper au sentiment de tristesse qui nous envahit tous, à la pensée que cette préface est l'épilogue de nos belles années de jeunesse et d'études, et en quelque sorte la signature mise au bas du parchemin qui nous envoie en l'exil rural pour une existence si définitivement différente. Cette tristesse est faite de la nécessité de quitter nos maîtres des hôpitaux et nos amis de l'internat, de la crainte du vide où va nous plonger l'abandon des uns et des autres : vide de direction et de conseils, vide de toutes les bonnes amitiés qui se cimentent dans le sérieux de la bibliothèque et des services hospitaliers, comme dans l'entrain du réfectoire, dans la gaieté de la Salle de garde et du Tiercelet, notre chambrée à nous.

Dans le cours des huit années que nous avons vécues quotidiennement dans les hôpitaux, à titre d'externe, d'interne suppléant, et d'interne titulaire, nous avons reçu l'enseignement de la majorité des Maîtres lyonnais, tant en médecine qu'en chirurgie ; nous les prions de croire à nos meilleurs sentiments de gratitude.

M. le professeur Fochier s'était acquis déjà notre reconnaissance pour la sympathie et le précieux enseignement dont il nous avait favorisé pendant les

quelques semaines où nous avons été son interne. — Nous sommes très flatté de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et nous le prions d'agréer l'hommage de nos remerciements et de nos sentiments les plus dévoués.

En chirurgie, nous avons été à plusieurs reprises l'élève de M. le professeur Poncet ; nous avons assisté à la transformation — merveilleuse pour qui a voituré les charriots à pansement et connu le régime des tabliers blancs aux vastes poches parcimonieusement renouvelés — qu'il sut obtenir des salles de pansement et d'opération. Nous pouvons assurer ce Maître, qui a bien voulu nous honorer de sa sympathie, que nous garderons toujours le meilleur souvenir du temps passé sous sa bienveillante direction.

Nos remerciements vont aussi à M. le professeur Gailleton ; à M. le professeur agrégé Vallas, qui nous a fait largement profiter de ses leçons, à la fois si élegantes et si précises.

Notre dernier semestre de chirurgie s'est passé dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe. Nous éprouvons une affection profonde pour ce Maître éminemment sympathique, qui ne se contente pas d'être un merveilleux opérateur, mais qui force l'estime et l'admiration par l'intransigeance de sa conscience professionnelle, par la bonté et le dévouement infatiguablement manifestés à ses malades.

En médecine, M. le Dr Clément est le premier à qui nous devons adresser l'assurance de notre respectueuse et reconnaissante affection. Avec une patience et une bonté bien appréciables pour un jeune externe, ce

Maître qui, par sa longue expérience clinique, savait rendre si intéressantes ses leçons au lit du malade, nous a dirigé dans l'apprentissage pratique des choses de la médecine. Nous avons eu ensuite le bonheur d'être l'élève de M. le Dr Rabot, dont le service si varié nous a permis d'apprendre les maladies éruptives, la pathologie des tout petits, et d'assister à la perturbation saisissante que le tubage et la sérothérapie ont apportée dans les statistiques de la diphtérie; de M. le Dr Pic, dont nous nous rappelons les savantes leçons à Longchêne.

Nous n'oublierons pas notre sympathique Maître, M. le Dr Garel, enseignant avec tant de compétence et de personnalité une branche de la médecine qui nous avait séduit par dessus toutes les autres, et qu'il nous avait fait aimer au point que notre éternel regret sera de n'avoir pu en poursuivre l'étude.

MM. les Drs Mouisset et Leclerc, que nous avions appris à aimer pendant nos suppléances d'internat, se sont retrouvés nos Maîtres à Sainte-Eugénie; ils nous ont montré tout le parti que l'on pouvait tirer d'un asile qui, réputé autrefois pour un repaire de « *fleuves* », n'est, à vrai dire, que l'intermittent refuge de tout ce que les hôpitaux du centre comptent d'intéressants chroniques, de tout ce qu'ils regorgent de convalescences, dont les phases fort instructives sont, là seulement, bien étudiées. Par le charme séduisant de leur enseignement si pratique, par leur bienveillance, par l'amitié qu'ils nous ont témoignée en dehors de l'hôpital, ces Maîtres se sont acquis notre affection et notre dévouement les plus sincères.

Nous nous félicitons de terminer notre internat sous l'autorité de M. le professeur Renaut. L'assiduité avec laquelle les visites et les leçons du savant Maître sont suivies, l'attention recueillie que nous apportons tous à écouter sa merveilleuse parole, sont la meilleure preuve de l'intérèt qu'il sait exciter par son interprétation des faits de la clinique exprimée en un langage scientifique si précis et si pittoresque. Nous exprimons à M. le professeur Renaut tout l'honneur que nous éprouvons d'avoir été son premier interne à l'Hôtel-Dieu, et le prions de croire à notre affection respectueuse et toute dévouée.

Enfin, nous devons faire une place à part, dans notre souvenir, à notre cher et vénéré Maître, M. le professeur Teissier. Ce n'est pas en quelques lignes écrites dans la préface d'un médiocre travail que nous pourrions lui exprimer tout ce que nous ressentons de reconnaissance, de profonde affection et de dévouement, en échange des preuves d'amitié et de confiance qu'il nous a si souvent données, tout ce que nous éprouvons d'admiration pour l'esprit et la forme de son enseignement clinique si recherché, où la largeur des vues, l'originalité séduisante des théories, la précision logique et savante du raisonnement, s'allient aux méthodes thérapeutiques les plus rationnelles, les plus prudemment conduites, et à une bonté patiente et compatissante qui lui gagne d'emblée le cœur de tous ses malades. Ce que nous exprimons là, en paroles sans doute bien banales, tous les élèves de M. le profeseur Teissier le pensent ; et notre Maître sait bien à quel degré nous lui sommes tous respectueusement attachés.

Ce travail comporte l'étude de l'ectopie intrapelvienne et congénitale du rein. Nous nous en occuperons tout d'abord à un point de vue purement anatomique, de façon à fixer en une description aussi complète que possible les façons d'être et les rapports de ce rein. Ce sont là des notions qu'on trouve éparses un peu partout dans le livre de Rayer(1), dans les comptes-rendus des sociétés savantes et en particulier de la Société anatomique de Paris, dans les traités anciens et nouveaux d'anatomie.

Mais, de ces notes essentiellement insuffisantes et imprécises, il ne se dégage qu'une compréhension tout à fait imparfaite et rudimentaire du rein intrapelvien congénital.

Aussi avons-nous cru intéressant de fixer ce point de tératologie dont l'étude n'est présentée dans aucun ouvrage médical ou du moins dans aucun ouvrage français, car, au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons rencontré un travail récent de Strübe (2), exposant des faits en absolue concordance avec les idées que nous développions, bien avant de les connaître, devant la Société des

(1) Traité des maladies des reins, 1839.

(2) Ueber congenitale Lage und Bildungsanomalien der Nieren, — in Archiv. für Pathol. Anat. u. Phys. von Virchow, 1894, p. 227

Sciences médicales de Lyon, dans la séance du 27 février 1895 (1).

Quand nous aurons fait la description anatomique de ce rein, signalé ses variétés de situation, de forme, d'irrigation... de rapports..., etc. ; les anomalies qui peuvent s'observer concomitamment du côté des organes génito-urinaires ; quand nous aurons éclairé ces malformations des lumières de l'embryogénie, nous envisagerons la question à un point de vue médical pratique et clinique. Mais, sur ce terrain, au lieu de faire défiler toute la série des affection d'ordre médical et chirurgical auxquelles ce rein, tout comme le rein eutopique, peut être soumis, nous nous restreindrons volontairement aux conséquences que sa présence peut avoir en clinique gynécologique et obstétricale. Autrement dit, nous montrerons les particularités que ce rein, demeuré sain dans sa constitution anatomique et dans ses fonctions, peut amener, par simple effet de présence, en dehors et à propos de la gravidité et de la parturition ; nous verrons s'il peut simuler une affection des ligaments larges ou même de la matrice ; s'il peut créer une dystocie sérieuse ; et, dans le cas des manifestations d'ordre gynécologique ou obstétrical auxquelles il donnerait lieu, quelle devrait être la ligne de conduite à observer.

(1) V. Lyon Médical, 1895. Tome 79, p. 39.

I

Description anatomique. — Rapports

Nous avons dit tout-à-l'heure : *ectopie intrapelvienne congénitale*. Ce dernier qualificatif, venant après l'autre, est presque un pléonasme, car, si l'ectopie congénitale du rein n'est pas toujours intra-pelvienne, l'ectopie intra-pelvienne est toujours congénitale. Jamais on n'a vu une ptose acquise du rein permettre à cet organe de descendre dans le petit bassin. La presque unanimité des auteurs qui se sont occupés de la question de la néphroptose ont reconnu que le rein ptosé n'atteignait au plus que les parties supérieures des fosses iliaques, et l'impossibilité pour un rein de dépasser le détroit supérieur est un fait aussi indiscuté qu'il est indiscutable.

Jamais donc ce n'est une néphroptose acquise qui peut venir, du côté du petit bassin, dans les affections de l'utérus et de ses annexes, ou dans l'état de grossesse et de parturition, susciter les troubles que nous aurons plus tard à faire connaître. Il ne doit être question ici que du rein congénitalement ectopique ; et, ne devant l'envisager d'abord qu'au simple point de vue de l'anatomie descriptive, nous en prendrons les exemples indifféremment dans les deux sexes.

L'ectopie congénitale du rein au-dessous de sa place habituelle et jusqu'au détroit supérieur exclu-

sivement est une trouvaille d'autopsie qui n'est pas rare. Et surtout n'est pas rare l'abaissement congénital de quelques centimètres d'un rein qui conserve d'ailleurs des rapports normaux avec le rachis et les organes abdominaux.

Mais l'ectopie intrapelvienne l'est infiniment plus Rayer, dans son ouvrage (1), en signale un certain nombre d'exemples relevés par ses devanciers ou par ses contemporains. Les Bulletins de la Société anatomique de Paris, dont nous avons suivi la collection tout entière, en renferment d'autres, observés avec plus d'attention et décrits avec plus de détails. Mais, somme toute, en y ajoutant quelques cas étrangers, et surtout allemands, nous n'avons pu trouver la relation que de trente-deux observations d'ectopie intra-pelvienne. Ce nombre suffit toutefois largement pour se faire une idée précise des variations de tout genre que cette anomalie peut offrir.

Le rein intra-pelvien peut présenter différents degrés d'ectopie : ou bien être inclus d'une façon totale dans le petit bassin ; ou bien être à cheval sur le promontoire : une partie au-dessus du détroit supérieur, en rapport avec les deux dernières lombaires, le reste plongeant dans le petit bassin. Cette seconde disposition est la plus habituelle. Le rein demeure dans la moitié du corps à laquelle il était primitivement destiné. A ce sujet il est remarquable de voir avec quelle prédilection cette ectopie se rencontre à

(1) Loco citato.

gauche : Sur les trente-deux observations complètes que nous acceptons seules pour constituer le matériel de notre étude, c'était vingt et une fois le rein gauche et huit fois le droit ; trois fois il y avait ectopie intra-pelvienne simultanée des deux reins. C'est le contraire pour l'ectopie acquise. On sait que la néphroptose, si fréquente chez les femmes, est exceptionnelle à gauche. Les raisons de cette prédominance à droite résident principalement dans l'action du corset qui déforme et abaisse le foie refoulant par conséquent aussi le rein droit sous-jacent au foie, et dans la part plus considérable de travail et d'efforts effectuée par la moitié droite du corps. Les raisons de cette fréquence à gauche de l'ectopie congénitale du rein nous échappent complètement, mais la particularité est frappante au dépouillement des observations.

Pour ce qui est du *volume* du rein ectopique : Il est souvent égal à celui du rein normal (obs. de Guigon, Chapuis...) ; quelquefois plus gros (par exemple dans deux cas de Strübe ; mais, dans l'un de ces deux cas, il s'agissait certainement d'une hypertrophie compensatrice de l'absence de l'autre rein) ; le plus souvent, le rein ectopique est plus petit que l'autre : cette infériorité de volume (très nettement signalée dans les observations de Chambon de Montaux, Portal, Barth, Potherat...), doit être expliquée par la même cause d'arrêt d'évolution qui s'oppose à l'ascension normale du rein en le retenant dans le petit bassin.

Ce qui vient d'être dit du volume est bien entendu applicable au *poids* de l'organe.

On doit s'attendre à ce que la *forme* du rein soit

altérée, puisqu'il a été obligé de s'adapter à un milieu qui n'a pas été fait pour le loger, de se mettre en rapport avec les organes de voisinage et de se mouler souvent sur eux. La forme est donc toujours irrégulière : ou bien aplatie d'avant en arrière, ou bien triangulaire ou bien losangique. A sa surface, on trouve souvent des sillons plus ou moins profonds qui divisent l'organe superficiellement en lobules, le faisant ressembler au rein multitilobé du mouton (observ. de Guigon, Poirier, 3e de Strübe, Chapuis) ; on trouve aussi les empreintes laissées par le psoas (3e observ. de Strübe, observ. de Weisbach, Stern, Chapuis), par l'aorte, par l'artère iliaque primitive ou par l'externe ; et surtout l'empreinte du promontoire. Une des variétés en effet les plus fréquentes de ces ectopies concerne un rein dont le sommet atteint la quatrième ou la cinquième vertèbre lombaire, tandis que l'extrémité inférieure descend plus ou moins profondément dans le petit bassin, la partie moyenne du rein se moulant sur l'angle sacro-vertébral et dans l'excavation sacrée. Dans ce cas, la face postérieure est marquée d'une empreinte profonde sous forme d'angle rentrant creusé par le coin sacro-vertébral ; et, au-dessous de de cette dépression angulaire, la portion rénale modelée dans la concavité du sacrum est, au contraire, fortement bombée.

Ainsi, c'est un rein qui n'a plus d'axe, qui est brisé, qui ne rappelle plus, même de loin, la forme normale du haricot. Le hile a subi une déformation et toujours une orientation anormale. Il ne

regarde plus la colonne vertébrale. Il est extrêmement rare qu'il soit placé à la face postérieure (observat. de Durham, Eustachi, Gruber) ; il est habituellement au milieu de la face antérieure (obs. de Heusinger, Pacoud, Caudmont, Broca, Poirier, Martineau, les 3 obs. de Strübe, Potherat).

L'*irrigation* de ces reins offre des particularités dont la constance a frappé tous les observateurs : C'est une irrigation artérielle extrêmement riche, s'expliquant, comme nous le verrons plus loin, par la multiplicité des connexions vasculaires que le rein possède aux phases successives de sa migration ascensionnelle.

Une seule artère rénale est l'extrême exception : le dépouillement des observations autorise à penser que jamais un semblable rein n'a qu'une seule artère, et que les cas signalant une artère unique sont ceux dans lesquels l'autopsie a été faite avec une insuffisance de précautions et où des connexions vasculaires, rompues dans une libération brutale ont échappé à l'œil.

La règle, nous le répétons, c'est qu'il y a plusieurs artères, et il peut y en avoir jusqu'à six.

Comme exemple de l'artérialisation maxima, nous citerons le cas de Poirier [1] bien qu'il n'appartienne pas absolument à notre sujet, puisqu'il n'est abaissé que dans la fosse iliaque.

(1) Bull. Soc. Anat. 1889, page 436.

Ce rein droit est irrigué par 6 artères
- 1re venant de l'aorte.
- 2e-3e-4e, venant de l'angle de l'aorte et de l'iliaque primitive.
- 5e venant de l'angle de bifurcation des deux iliaques primitives.
- 6e de la bifurcation de l'iliaque primitive droite.

Ce n'est pas seulement ce nombre de branches artérielles qui est surprenant, mais encore la multiplicité de leurs provenances : de 16 observations dans lesquelles cette irrigation est consignée en détails, nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

1° Il est exceptionnel que l'aorte n'y participe pas par une ou plusieurs branches nées de sa bifurcation ou du segmént immédiatement sous-jacent à la bifurcation.

Puis viennent par ordre de fréquence de participation :

2° Les Iliaques primitives, presque aussi souvent celle du côté opposé que celle du côté correspondant et plus souvent encore toutes les deux à la fois ;

3° L'hypogastrique, du même côté, signalée aussi fréquemment que l'Iliaque primitive.

L'hypogastrique du côté opposé n'a jamais été notée.

4° L'Ischiatique du côté correspondant (une fois).

5° L'Iliaque externe, du côté correspondant (une fois.)

Les *veines* montrent à peu près la même disposition que les artères. Leur nombre peut aussi s'élever jusqu'à 5 et plus. Fréquemment cependant les

branches veineuses se réunissent en une ou deux branches principales, qui se jettent dans la veine iliaque primitive. Les veines marchent en compagnie des artères, ou bien sortent du rein en des points quelconques.

Le plus bel exemple qu'on puisse donner, non seulement du nombre, mais de la richesse des sources vasculaires du rein intrapelvien est le cas de Guigon.

Rein gauche
- 5 artères
  - 1e De la bifurcation de l'aorte.
  - 2e De l'Iliaque primitive gauche.
  - 3e De l'Iliaque primitive droite.
  - 4e De la partie post. de la bifurc. de l'aorte.
  - 5e De l'Hypogastrique gauche.
- 3 veines
  - 1e Allant à l'Iliaque primitive gauche.
  - 2e Allant à l'Iliaque primitive droite.
  - 3e Allant au bas de l'Iliaque primit. gauche.

Le hile n'est pas le seul point de départ ou d'arrivée de ces vaisseaux, artériels ou veineux. On voit les artères pénétrer aussi le rein par ses pôles, par sa face postérieure, par un point quelconque de sa superficie, et les veines se comporter de même.

Il n'y a rien de particulier à dire des lymphatiques, des nerfs, et de la structure histologique de ces reins.

Ainsi défini dans ses caractères anatomiques propres, voyons quels sont les rapports de ces reins.

Et d'abord, à la différence des reins *flottants* par

ectopie acquise ce rein ectopique congénital est absolument fixe, non pédiculé, non mobilisable. Il doit cette fixité à une capsule fibro-conjonctive qui le fait adhérer de toutes parts intimément aux os et aux aponévroses, absolument comme le rein normal est fixé dans la fosse lombaire. C'est là une particularité importante à retenir, et dont la notion aura ses applications aux chapitres des considérations dystociques.

Avec des variations corrélatives aux variétés de l'anomalie de situation du rein, le péritoine recouvre seulement une partie de la face antérieure du rein, il se porte ensuite du rein sur le rectum, ou sur la vessie ou sur l'utérus, en formant une excavation réno-rectale, réno-vésicale ou réno-utérine.

Quant aux rapports avec les organes intra-pelviens, ils vont nécessairement varier avec le degré d'inclusion intra-pelvienne du rein, avec son éloignement plus ou moins considérable de la ligne médiane, et aussi avec le côté droit ou gauche de l'ectopie.

Nous avons dit que le rein pouvait être inclus en entier dans le petit bassin : nécessairement alors, surtout chez la femme, il déplacera beaucoup plus les organes pelviens que s'il n'était qu'en partie intra-pelvien. C'est ainsi que dans une observation de Strübe, il remplissait complètement l'excavation pelvienne.

Dans la majorité des cas, de volume normal ou même de volume le plus souvent un peu inférieur au rein eutopique, le rein pelvien se contente de rejeter vers le côté

opposé l'utérus et ses annexes, et le rectum ; il a peu d'influence sur la vessie.

Très fréquemment il est logé dans l'excavation sacrée, à laquelle il adapte sa forme, situé : ou bien, entre elle et le rectum, ou bien entre le sacrum et la vessie, ou bien entre le sacrum et l'utérus, ou bien entre le sacrum et le ligament large, au contact de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond. Dans ces trois dernières situations, le rectum se trouve rejeté sur le côté interne du rein, déplacé de la ligne médiane qu'il ne regagne qu'au voisinage de l'anus (disposition très fréquente : obs. de Heusinger, Pacoud, Hohl, Martineau, Grüber, Friedloswsky, Stern, Chapuis, etc.)

Dans la majorité des cas, le rein n'est pas inclus en totalité dans le petit bassin : la partie supérieure déborde plus ou moins le détroit supérieur et se met en rapport avec la dernière ou les deux dernières lombaires.

Les rapports du rein sont alors les suivants :

Son pôle supérieur est compris dans la bifurcation de l'aorte ou bien est situé au-devant de cette bifurcation ; puis le rein, pénétrant obliquement de haut en bas et de dedans en dehors dans l'excavation pelvienne, en chevauchant le promontoire, vient se placer au-devant de la symphyse sacro-iliaque, à l'extrémité postérieure du diamètre obstétrical oblique de nom opposé ; il plonge ensuite dans le petit bassin, arrive, en s'insinuant sous le bord interne du psoas et les vaisseaux iliaques primitifs, jusqu'à une distance plus ou moins proche de

l'anus ; sa face externe regarde ainsi l'échancrure sciatique, que parfois il franchit obliquement, pour venir mettre son pôle inférieur en contact avec le plan quadrilatère qui répond à la cavité cotyloïde. D'autrefois il arrive jusque sur le plancher périnéal.

Il peut être reconnu, sinon dans sa nature, du moins dans sa présence : dans la majorité des cas chez l'homme, par le toucher rectal ; toujours chez la femme, par le toucher vaginal, ou par le rectal et le vaginal combinés ou enfin par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ou rectal.

Dans la presque totalité des observations, on s'est occupé de savoir ce qu'était devenue la capsule surrénale correspondante, et jamais on ne l'a trouvée abaissée. C'est un fait absolument constant que la capsule surrénale ne suit pas le rein en ectopie congénitale, et demeure en sa place lombaire normale. C'est que la contiguité de la capsule surrénale avec le rein est simplement topographique, son développement demeurant, à n'importe quelle période de l'évolution embryonnaire, complètement indépendant de celui du rein. Ce que l'on a pu voir, parfois, c'est simplement un très-léger degré d'abaissement de la capsule surrénale correspondant au côté de l'ectopie par rapport à celle du côté opposé ; ce fait s'explique par le manque du soutien que lui constitue d'ordinaire l'extrémité supérieure du rein, lequel, de plus, dans son évolution ascendante, refoule un peu vers le haut la capsule surrénale, dont il se coiffe.

Anomalies Concomitantes

Remarquablement fréquentes sont les anomalies qui, dans le rein anormal que nous étudions, s'observent concomitamment du côté des organes génito-urinaires. Il y aurait à ce propos à écrire un chapitre des plus intéressants sur leurs corrélations avec l'ectopie rénale, expliquées par l'embryogénie, et à montrer qu'une même cause générale, de nature inconnue quoique d'existence certaine, entrave le développement simultané d'organes en apparence très différenciés à l'état adulte, très intimément unis au contraire dans leur évolution embryonnaire. Nous avons poussé cette étude assez loin, mais ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que de la développer longuement. Nous nous contenterons d'en donner nne idée tout à fait sommaire.

Tout d'abord l'*autre rein*, qui le plus ordinairement est à sa place normale, peut être affecté lui-même d'un abaissement congénital plus ou moins accusé : abaissé tantôt simplement le long de la colonne lombaire ; tantôt jusque dans la fosse iliaque (Poirier); tantôt enfin resté lui aussi intrapelvien, en totalité (Martin Saint-Ange) ou en partie (Potherat et Mordret, de Neufville). Dans ce dernier cas, ou bien les deux reins sont libres l'un par rapport à l'autre, ou bien ils sont fusionnés : complètement, en gâteau ; ou incomplètement, en fer à cheval ; ou bien l'extrémité inférieure de l'un unie à l'extrémité supérieure de l'autre (mais, dans ce cas particulier,

le rein le plus supérieur reste au-dessus du détroit supérieur. Observ. de Chassaignac.)

— On a signalé l'*atrophie* concomitante de l'autre rein, et parfois l'*absence* de cet autre rein. Et alors, du côté de la *vessie*, de la *vésicule séminale*, du *canal déférent*, du *testicule*, on trouve les anomalies signalées dans cette observation de Strübe où le rein droit remplissait complètement la cavité pelvienne. Le rein gauche manquait totalement ; tout le côté gauche de la vessie était atrophié ; le canal déférent gauche était très écourté. Il n'y avait pas d'anus, et l'intestin s'abouchait directement, par un canal rétréci, dans la vessie, suivant une disposition rappelant tout à fait l'ancien cloaque des premiers temps de la vie embryonnaire. C'est là un des plus beaux exemples des anomalies complexes qui peuvent s'associer à l'ectopie rénale intra-pelvienne, et qu'il faut toutes rattacher à une même cause d'arrêt d'évolution.

Strübe a observé un autre cas de rein gauche en situation pelvienne, avec absence du rein droit et atrophie de la moitié droite de la vessie.

Dans la forme et la constitution du *bassinet* se montrent fréquemment des dispositions inhabituelles. Le bassinet n'est pas développé du tout, ou bien il est divisé en plusieurs branches, sans qu'il y ait une cavité réelle formant bassinet, en sorte que les calices s'unissent directement à l'uretère. Ces dispositions sont signalées dans un grand nombre d'observations. — Il faut bien dire toutefois, et Legueu (1)

(1) Annal. des Malad. des organes génito-urin. 1891.

a vulgarisé cette notion, que la forme *ampullaire* du bassinet, considérée autrefois comme habituelle, est au contraire moins fréquente que cette forme *ramifiée,* dont Strübe (loc. cit.) parle comme d'une anomalie.

L'*uretère* n'a d'autres anomalies que celles résultant de son raccourcissement obligé. Fréquemment, il est un peu plus large, son trajet est souvent serpentant. Il s'abouche à peu près toujours normalement dans la vessie. « Cela est du reste facile à comprendre, quand on considère que le développement du rein commence par un bourgeonnement de l'uretère, que, par conséquent la formation et l'embouchure de celui-ci ne peuvent en aucune façon être influencées par l'abaissement du rein, se produisant ultérieurement à lui. » (Strübe - loco citato).

Du côté de la *vessie,* il n'y a pas en général de malformations, en dehors des cas semblables à l'observation ci-dessus citée de Strübe, où le rein ectopique se complique de l'absence de celui du côté opposé.

Quant aux anomalies trouvées du côté des *organes génitaux,* chez la femme comme chez l'homme, elles se rapportent toujours exclusivement aux organes génitaux internes, seuls liés à l'évolution du corps de Wolff, tandis que les organes génitaux externes ont un développement tout à fait indépendant. Strübe, dans un cas d'inclusion intra-pelvienne du rein gauche avec absence du droit, a trouvé le testicule droit atrophié en ectopie inguinale. — Pacoud a observé l'absence de la vésicule séminale et du canal

déférent du côté correspondant à l'ectopie rénale ; à leur place on trouvait un ligament long d'environ un pouce et qui, partant de l'épididyme, allait se perdre dans le tissu cellulaire qui environne le cordon des vaisseaux spermatiques.

L'ovaire, la trompe, la moitié de l'utérus correspondant au côté de l'ectopie ont été trouvés très fréquemment atrophiés (Goullioud, Luton, Kussmaul, Boyd, Braxton-Hicks.) On a pu même en constater l'absence complète ; c'est ainsi que Vidal signale une observation dans laquelle l'utérus était allongé, cylindroïde, avec une seule trompe et un seul ovaire : ils manquaient complètement du côté correspondant à l'ectopie.

Du côté du *tube digestif*, nous n'avons guère à signaler que les déplacements du rectum et de l'S iliaque rejetés sur le côté interne du rein pelvien, et l'abouchement de l'intestin dans la vessie observé une fois par Strübe. Dans l'observation rapportée par Potherat et Mordret, « le duodénum était situé dans la partie inférieure de l'abdomen, au-devant du détroit supérieur du bassin ». Il est évident que cette anomalie-là est toute fortuite et n'a rien de commun avec les troubles d'évolution qui ont retenu le rein dans l'excavation pelvienne.

Nous en aurons fini avec ce chapitre des anomalies concomitantes quand nous aurons signalé celles rencontrées du côté des vaisseaux du bassin.

Dans la deuxième observation de Strübe, « la veine hypogastrique gauche se jette à droite de la veine iliaque primitive droite. Cette derniére s'unit à

la veine iliaque externe du côté gauche pour former la veine cave ascendante ».

Dans la troisième observation de Strübe, « la veine hypogastrique gauche se bifurque en deux branches, dont la moindre s'unit avec la veine iliaque externe pour former l'iliaque primitive gauche, tandis que la branche la plus volumineuse aboutit à la veine hypogastrique droite ». Grüber aurait aussi observé des anomalies analogues dans quatre cas d'ectopie rénale. Mais ce sont là des caprices de distribution et d'anastomose qui se rencontrent si fréquemment en dehors de toute malformation viscérale, que nous n'en parlerons pas plus longuement.

Considérations embryogéniques

L'embryogénie explique parfaitement toutes les anomalies qui ont trait à l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein, non seulement celles qui se rapportent au rein lui-même, mais encore les malformations des organes de voisinage.

Toutefois l'embryogénie, apte à nous faire saisir la *possibilité de production* de ces anomalies, reste impuissante à nous renseigner sur la *nature* des causes pathologiques premières qui troublent, suspendent ou arrêtent définitivement l'évolution normale des organes en question. Tout précisément se réduit à ce fait : un arrêt de développement ; et il n'y a pas, nous le répétons encore, le moindre rapport entre la ptose acquise d'un rein adulte norma-

lement évolué et l'inclusion congénitale intra-pelvienne des reins dont nous faisons l'étude.

Le rein définitif se développe de la façon suivante : au début du troisième jour de l'incubation, il se forme une évagination de la paroi dorsale de l'extrémité du canal de Wolff : c'est l'ébauche de la branche de végétation du rein définitif, dont le pédicule répondra à l'uretère. Cette branche pénètre à l'intérieur de la plaque intermédiaire, immédiatement en arrière du corps de Wolff, c'est-à-dire au niveau des segments primordiaux 31 à 34. La plaque intermédiaire prolifère beaucoup et donne naissance à une masse de petites cellules que l'on peut appeler l'ébauche connective du rein, et dont l'uretère, en quelque sorte, se coiffe. Cette ébauche du rein n'arrive pas toutefois à son développement définitif à l'endroit même de sa première apparition, mais elle s'agrandit peu à peu sur la face dorsale du corps de Wolff, en suivant, en même temps que l'uretère, une migration ascensionnelle, et ce n'est qu'à l'extrémité supérieure du corps de Wolff qu'elle atteint son volume et sa structure définitifs. Ainsi se trouvent expliquées toutes les variétés de hauteur de l'ectopie rénale congénitale, son inclusion absolue dans le pelvis, ou son inclusion seulement partielle, suivant que le rein a été arrêté à une phase plus ou moins avancée de son ascension le long du corps de Wolff.

Nous savons de plus que ce rein intrapelvien adulte arrive souvent jusque sur la ligne médiane, qu'il est parfois fusionné avec celui du côté opposé :

ces faits trouvent encore leur explication dans les notions embryogéniques que voici. Au stade le plus primitif de leur développement, les deux ébauches rénales sont situées tout près de la ligne médiane, dans la région comprise entre le 31e et le 34e segment primordial. Elles se touchent sur la ligne médiane, tout au-devant du point de bifurcation de l'aorte, et occupent à peu près tout l'espace compris entre ce dernier point et l'insertion du mésentère. A une époque ultérieure, les reins s'écartent, mettent l'aorte entre eux, et s'avancent du côté de l'extrémité antérieure (supérieure) du corps. Cette notion de la contiguïté primitive des deux reins sur la ligne médiane, jointe à celle d'un obstacle de nature inconnue qui vient entraver le développement d'un seul ou des deux reins, nous explique toutes les variétés d'ectopie intrapelvienne des deux reins compliquée de fusion plus ou moins complète, en fer à cheval, en gâteau, ou seulement bout à bout.

La forme plus ou moins anormale, ovale ou arrondie, un peu aplatie d'avant en arrière, la division multilobaire, la situation du hile à la face antérieure, ne sont qu'une réminiscence ou plutôt une persistance de l'état embryonnaire.

La multiplicité, si unanimement rapportée dans les observations, des sources d'irrigation artérielle, s'explique également par la migration ascensionnelle du rein, le mettant sous la dépendance de districts vasculaires successifs et formellement différents. Aussi longtemps que le rein est situé au-dessous du promontoire, il appartient au territoire de

l'iliaque primitique et de ses deux branches terminales (l'hypogastrique surtout). Dans la fosse iliaque, l'artère iliaque primitive et l'aorte se disputent l'irrigation de l'organe. Le rein arrive enfin à destination, et alors le soin de sa nutrition échoit uniquement à l'aorte : désormais les voies vasculaires du rein sont définitivement constituées. Si le rein est arrêté en un point quelconque de sa migration, il reste irrigué par les troncs artériels dans le domaine vasculaire desquels il se trouve. Il serait plus exact de dire que le rein, organe dont le rôle excréteur exige une large irrigation sanguine, est toujours desservi par deux des sources successives dont nous avons parlé : au moment où les vaisseaux du territoire supérieur l'abordent, ceux du territoire inférieur ne l'ont pas encore abandonné. C'est ainsi, croyons-nous, qu'il faut expliquer non seulement le nombre, mais encore la multiplicité de provenance des artères des reins restés intra-pelviens.

Nous avons donné les raisons d'être de l'eutopie constante de la capsule surrénale. Nous n'y reviendrons pas.

Quant aux malformations fréquemment observées, du côté des organes génitaux internes, il suffit, pour les comprendre, de se rappeler combien leur développement est intimément lié à celui du rein et de l'uretère. Si en effet les organes génitaux externes, provenant de l'ectoderme, n'ont rien de commun avec le canal de Wolff, au contraire les voies d'excrétion génitales, la trompe, l'utérus, le vagin (nés du canal de Müller qui n'est lui-même qu'un dérivé

du canal de Wolff), l'épididyme, le canal déférent, la vésicule séminale, proviennent du canal de Wolff, dont l'uretère et à sa suite le rein ne sont qu'un bourgeonnement exogène. Rien donc n'est plus légitime que d'admettre qu'une cause morbide quelconque, susceptible d'empêcher le développement normal du canal de Wolff, retentira tout aussi bien sur les conduits excréteurs génitaux que sur les organes urinaires supérieurs, le rein et l'uretère. (Grüber, Mosler, Bachhammer). Pour les cas dans lesquels l'ectopie rénale ne s'accompagne d'aucune anomalie dans le reste du système génito-urinaire, il faut supposer que l'obstacle morbide à l'évolution normale, laissant intacts le corps et le canal de Wolff, s'est localisé au bourgeon exogène né de ce dernier pour la formation de l'uretère et du rein.

Par contre-coup, et comme tous les organes sécréteurs dont les canaux d'évacuation sont insuffisants, les glandes génitales elles-mêmes, testicule et ovaire, subiront cette atrophie que nous avons vue signalée dans plusieurs observations.

C'est, au contraire, par un déplacement d'ordre purement mécanique, et non pas sous l'influence de causes morbides identiques à celles qui créent l'ectopie rénale, que doivent s'expliquer les anomalies de situation si souvent observées du côté de l'utérus et du rectum. Et c'est la même explication qui convient aussi à cette anomalie exceptionnelle d'abouchement du rectum dans la vessie, notée dans une observation de Strübe. « Il est de toute évidence que, complètement inclus dans le petit bassin, le

rein qui s'appliquait solidement au plancher pelvien et au périnée, ne devait pas seulement déplacer la portion terminale de l'intestin, mais encore opposer un obstacle mécanique au développement de l'anus. De la sorte, la partie antérieure seule du cloaque parvint à s'ouvrir à l'extérieur, seules les voies génito-urinaires se développèrent normalement ; l'extrémité de l'intestin ne put arriver jusqu'à la surface du corps et il persista un cloaque dont l'évidence se manifeste dans la communication du rectum avec la vessie. »

— —

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Autopsie d'une fillette de 11 mois, morte de broncho-pneumonie dans le service de notre maître, M. le docteur Rabot. — Février 1895.

Le rein gauche n'est pas à sa place normale. On le trouve sous la bifurcation de l'aorte, entre les deux artères iliaques primitives, à cheval sur la saillie du promontoire : la majeure partie plongeant dans le petit bassin, le reste couvrant la moitié inférieure du corps de la cinquième lombaire.

Ce rein est resté gauche. Il n'est sur la ligne médiane que par son extrême sommet. Sa direction générale est oblique de haut en bas et de droite à gauche, de telle sorte que plus des trois quarts de sa masse appartiennent à la moitié gauche du bassin.

La longueur maximum est de 55 millimètres.

La largeur maximum est de 35 millimètres.

Son volume et son poids sont égaux à ceux du rein droit, qui est en situation parfaitement régulière.

Il n'en est pas de même de la forme ; celle-ci est extrêmement irrégulière, non seulement parce que le rein conserve encore la division multilobaire de la vie fœtale, mais encore parce qu'il s'est modelé sur les os avec lesquels sa face postérieure se trouve en contact: Cinquième vert. lombaire, saillie du promontoire, concavité du sacrum, plan quadrilatère cotyloïdien.

Aussi, pour préciser ses rapports, et bien faire saisir sa situation exacte relativement aux organes pelviens, nous donnerons à ce rein deux faces, deux bords et deux extrémités, qui ne correspondent nullement à ceux du rein eutopique.

La *face antérieure*, qui est celle qui présente les sillons interlobaires les plus nombreux et les plus profonds, est en rapport avec l'utérus et les ligaments larges, qui la séparent de la vessie. On y trouve le *hile*, placé un peu à gauche et plus près de l'extrémité inférieure que de la supérieure; le hile avec :

1°). L'artère rénale qui n'a pas plus d'un centimètre de longueur, et qui vient de l'artère iliaque externe; 2°) la veine rénale, un peu moins courte, qui se rend à la veine iliaque externe; 3°) un uretère court de quatre centimètres, qui, décrivant une courbe à concavité supéro-antérieure, passe sous le ligament large gauche et vient aborder la vessie à sa face postérieure, sur la ligne médiane.

La *face postérieure*, étalée en losange à grand axe vertical, est appliquée tout d'abord sur la cinquième lombaire, passe ensuite sur le promontoire qui s'y imprime une dépression fort accentuée, se place au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, descend et se moule en partie dans la concavité du sacrum, et enfin franchit l'échancrure sciatique pour venir se reposer sur la surface plane qui répond au fond de la cavité cotyloïde.

Cette multiplicité de rapports s'explique par l'orientation oblique du rein, la constance en est assurée par une enveloppe connective qui l'unit étroitement et solidement à tous ces plans osseux.

Le *bord gauche* s'insinue au-dessous des vaisseaux iliaques externes et de l'aponévrose du psoas; il faut écarter ces organes pour dégager cette partie du rein, qui se met en

rapport direct avec la symphyse sacro-iliaque gauche et avec la surface quadrilatère cotyloïdienne.

Le *bord droit* est côtoyé tout du long par la portion terminale du gros intestin, et le rectum, rejeté à droite, n'occupe la ligne médiane que dans ses trois derniers centimètres.

L'*extrémité supérieure* est à un centimètre et demi au-dessous de la bifurcation de l'aorte ; la capsule surrénale ne participe pas à l'ectopie.

L'*extrémité inférieure* n'est éloignée de l'anus que de trois à quatre centimètres.

Les dix observations qui suivent sont consignées dans l'ouvage de Rayer qui signale encore, mais simplement en les nommant, un certain nombre de médecins ayant rencontré des reins en ectopie intra-pelvienne.

OBSERVATION II

(Bauhin. De renum structurâ)

Rein gauche, situé dans le petit bassin, entre le rectum et l'utérus, qui se trouvait rejeté sur la droite.

OBSERVATION III

(*Sandifort*. Museum anatom. Lugdun. Vol. I. Observ. anat. path. Lib. III)

Rein gauche dans l'excavation pelvienne.

OBSERVATION IV

(Lieutaud, Hist. natur. T. I, p. 284.)

Vierge de 17 ans, qui meurt avec d'abondantes métrorrhagies et vomissements de sang. A l'autopsie, on trouve, dans l'excavation pelvienne, un rein droit du poids de une livre et demie, atteint de dégénération cartilagineuse (sic), placé sur le sacrum et comprimant fortement l'aorte et la veine cave inférieure.

OBSERVATION V

(Guigon. Hist. de la Soc. de médecine, 1789. Tom. X. p. 68.)

Homme de 50 ans. Rein gauche placé dans le bassin, de même volume que le rein droit, mais ayant conservé la multilobulation fœtale. Il était placé dans la bifurcation de l'aorte abdominale, depuis le corps de la cinquième lombaire jusqu'à la quatrième pièce de l'os sacrum et le niveau de l'échancrure sciatique. Direction légèrement oblique, de manière que son extrémité supérieure répondait au milieu du corps de la dernière vertèbre des lombes, tandis que son extrémité inférieure descendait jusqu'au bas de la symphyse sacro-iliaque gauche.

— Artères en grand nombre ; par ordre d'importance :

La première, née de la bifurcation de l'aorte, arrivait à l'extrémité supérieure du rein, se divisait en trois branches qui pénétraient séparément dans la substance du rein ;

La deuxième, née de l'iliaque primitive gauche, à un demi-pouce de la bifurcation de l'aorte, se jetait au niveau de la partie moyenne de la face antérieure de ce rein ;

La troisième, née de l'iliaque droite, à un pouce de l'origine de cette artère, se rendait à la partie postérieure de l'extrémité supérieure ;

La quatrième, née de la partie postérieure de la bifurcation de l'aorte, se rendait à la partie postérieure du rein ;

La cinquième, née de l'hypogastrique.

— Trois veines : La première se jetait dans l'iliaque primitive gauche, à un pouce de la bifurcation ; la deuxième, dans l'iliaque primitive droite, à deux pouces de la bifurcation cave ; la troisième, au bas de l'iliaque gauche.

— Uretère très court, aboutissant normalement à la vessie.

Capsule surrénale n'avait pas suivi le déplacement du rein, elle se trouvait au côté gauche du corps de la quatrième lombaire.

OBSERVATION VI

(Chambon de Montaux. Observat. cliniques, Paris 1789)

Rein droit, beaucoup plus petit qu'à l'ordinaire, resserré derrière la matrice.

OBSERVATION VII

(Pacoud. Recueil périodique de la Soc. de Méd. de Paris tome XIV, p. 65. 23 germinal an X).

Homme de 50 ans. Rein gauche dans l'excavation pelvienne derrière la vessie, à côté du rectum qui s'était porté un peu à droite, et devant la partie antérieure ou concave du sacrum. De forme triangulaire, avec face antérieure pourvue du hile, correspondant à la vessie ; face postérieure moulée dans la concavité du sacrum ; face interne bornée à droite par le rectum.

Trois artères : Une de l'iliaque primitive gauche, les deux autres de l'hypogastrique gauche ; se rendaient toutes trois au hile.

Une seule veine, allant à la veine iliaque primitive gauche. L'uretère allait pénétrer dans la vessie à un pouce au moins plus bas que l'uretère du côté opposé.

Vésicule séminale et canal déférent gauches absents ; à la place de ce dernier se trouvait un ligament long d'environ un pouce et qui, partant de l'épididyme, allait se perdre dans le tissu qui environne le cordon des vaisseaux spermatiques.

Rein droit dans situation normale.

OBSERVATION VIII

(Heusinger. Zeitsch. für die organ. Physik. 4 octob. 1827)

Femme de 23 ans. Rein droit normal. Rein gauche dans le petit bassin, au devant de la moitié gauche du sacrum, derrière l'utérus, à gauche du rectum qui était dévié vers la droite et se trouvait en partie au devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Dans ce rein gauche le hile est situé au milieu de sa face antérieure. L'artère rénale naît de la bifurcation de l'aorte, puis, à un pouce de cette distance, se bifurque : une branche pénètre dans le bord supérieur du rein, l'autre, plus importante, dans le hile. Une troisième branche artérielle, coupée, qui venait probablement de l'artère hypogastrique, pénètre dans la partie inférieure de la face postérieure. Distribution de veines rénales conforme à celle des artères. Uretère naturellement beaucoup plus court qu'à droite.

OBSERVATION IX

(Hohl. Archiv. für anat. und Phys. 1828. nº 2. p. 177)

Rein gauche dans l'excavation pelvienne, au côté interne du psoas, derrière la vessie, à gauche du rectum. Uretère très court, deux pouces de longueur. Artère née de la bifurcation de l'aorte ; veine rénale allant à l'iliaque primitive droite. Rein droit à sa place normale. (fig. dans l'atlas de Rayer, pl. XXXVIII).

Dans deux accouchements que cette femme avait eus, il s'était formé chaque fois, dans le côté gauche du bassin, une tumeur dans laquelle chaque contraction de l'utérus excitait une douleur fixe et croissante; le passage de la tête en était retardé. Toutefois les deux accouchement furent heureux.

OBSERVATION X

(Portal. Journal hebdom. T. I p. 255, 1828)

Rein droit un peu moins volumineux que le gauche. Situé au-devant de l'articulation sacro-iliaque droite, au-dessus des vaisseaux iliaques primitifs.

OBSERVATION XI

(Boinet. Arch. génér. de Méd. 2me série, t. VII, p. 348-1835)

Rein placé transversalement entre le rectum et la vessie, et tenant la place de la matrice, qui était déviée avec ses annexes. (Pas d'autres détails).

OBSERVATION XII

(Vidal. Bull. Soc. Anat., 1830, p, 186 et 189)

Rein gauche situé dans l'excavation pelvienne, au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Utérus allongé, cylindroïde avec une seule trompe et un seul ovaire ; en somme la moitié gauche de l'utérus manquait.

OBSERVATION XIII

(Barth. Bull. Soc. Anat., 1840, p. 76)

Rein droit placé sur l'angle sacro-vertébral, en dedans du muscle psoas. Forme très irrégulière, volume plus petit que le rein normal. Trois artères : deux fournies par l'aorte, près de sa bifurcation, la troisième, née de l'hypogastrique, à 14 millimètres de son origine.

Rein gauche normal.

OBSERVATION XIV

(Trochon. Bull. Soc. Anat., 1840, p. 77)

Rein gauche dans le bassin. Deux artères : l'une venant de l'iliaque primitive droite, la seconde de l'aorte.

Veines correspondant aux artères : l'une allant à l'iliaque primitive droite, l'autre à la veine cave inférieure.

Rein droit normal.

OBSERVATION XV

(Chassaignac. Bull. Soc. Anat., 1840, p. 76)
(Renseignements insuffisants)

Les deux reins situés plus bas que de coutume ; le rein gauche relié par son extrémité supérieure à l'extrémité inférieure du rein droit ; le rein gauche, en partie dans le bassin, reçoit deux artères de l'iliaque primitive droite, et une troisième de l'aorte près de sa bifurcation.

OBSERVATION XVI

(Caudmont. Bull. Soc. Anat., 1844, p. 325)

Homme de 34 ans, entré à la Charité pour calculs vésicaux Pendant la vie, la palpation du ventre donne, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une tumeur arrondie, sensible à la pression, mobile et molle à son sommet, dure et adhérente à sa base. Elle ne paraît pas dépendre de la vessie, quoiqu'elle soit dans le voisinage de ce viscère ; on doute qu'elle appartienne aux intestins, de sorte qu'on reste complètement indécis sur sa nature. Enfin, quinze jours après le début de ces accidents, le malade succombe. A l'autopsie : Rein gauche placé à cheval sur l'angle sacro-vertébral et recouvert par une anse intestinale, ce qui ex-

plique l'adhérence et la dureté de la base de la tumeur, la mobilité et la mollesse de son sommet. Le hile est sur la face antérieure.

(Pas de renseignements sur les vaisseaux).

OBSERVATION XVII

(Broca. Bull. Soc. anat. 1850 p. 6)

Enfant de 2 ans. Rein gauche situé au-devant de l'angle sacro-vertébral, descend dans le bassin jusqu'à 3 centimètres au-dessous de cet angle. Déformé, aplati, avec le hile sur la face antérieure.

Vaisseaux : supérieurs viennent de la face antérieure de l'aorte et de la veine cave inférieure, à 5 centimètres au-dessous de ceux du rein droit ; les inférieurs, deux veines et deux artères, viennent des vaisseaux iliaques primitifs.

Rein droit normal. Capsule surrénale gauche non déplacée.

OBSERVATION XVIII

(De Neufville. Archiv. für phys. Heilkunde 1851)

Chez une femme de 25 ans, il se produit au bout de quelques jours de l'œdème des deux jambes, et bientôt après un peu d'ascite ; puis, au bout de deux semaines, la mort arrive. A l'autopsie, on trouva deux reins fusionnés, situés au-devant du promontoire, très-gorgés de sang. Par compression de la veine crurale et de l'iliaque externe gauches, une thrombose de ces vaisseaux s'était produite, le thrombus s'était avancé dans la veine cave et de la sorte empêchait le retour du sang de l'extrémité inférieure droite. De Neufville explique la subite apparition de si graves phénomènes, après 25 ans d'absence de tout symptôme morbide de la

part de l'organe abaissé en ectopie, par l'hyperhémie du rein consécutive à une bronchite et une pleurésie.

(Traduit de l'article de Strübe).

OBSERVATION XIX

(Cruveilhier Anat. Descrip. tome II. p. 313. Edit. 1884)

Chez une femme, Cruveilhier a vu les deux reins réunis occupant le petit bassin, derrière le rectum, et débordant un peu le détroit supérieur. Ce rein contenait une grande quantité de pus qui s'était fait jour par le rectum. — Pendant la vie, on n'avait noté chez cette femme qu'une fièvre hectique dont on avait inutilement cherché la cause.

OBSERVATION XX

(Martineau. Bull. Soc. anat. 1864, p. 205)

Femme de 21 ans. Rein droit à sa place normale. Rein gauche dans le petit bassin, en arrière du ligament large gauche. Face postérieure en rapport avec les parois du petit bassin, sur lesquelles il reposait au niveau de l'articulation sacro-iliaque; bord antéro-interne en rapport avec le rectum, la corne gauche de l'utérus et la partie postérieure de la paroi gauche du vagin. Par suite de ce rapport il résulte qu'en pratiquant le toucher vaginal, on trouvait avec le doigt, dans le cul-de-sac postérieur du vagin et à gauche, le rein formant tumeur. Tumeur sur la nature de laquelle il aurait été très difficile, pour ne pas dire impossible, de se prononcer pendant la vie, surtout si, par une circonstance quelconque, le rein ou son enveloppe celluleuse était venu à s'enflammer.

La face antérieure regardait en haut et en avant, elle était en rapport vers son extrémité antérieure avec le ligament

large et les organes y contenus : ovaire, trompe, ligament rond. Le hile était sur cette face.

Artère rénale, vient de la bifurcation aortique ; veine rénale sort du hile, reçoit la veine utérine, va dans la veine iliaque gauche, après avoir reçu la veine ovarique gauche.

Uretère long de 18 centimètres. Capsule surrénale non déplacée.

OBSERVATION XXI

(Potherat. Bull. soc. anatom. févr. 86)

Homme de 60 ans ;

Rein gauche en situation normale.

Rein droit : ectopie au niveau du détroit supérieur, en avant de la symphyse sacro-iliaque droite, en avant des artères iliaque primitive et iliaque externe.

Le rein est de forme elliptique, à grand axe vertical, aplati dans le sens antéro-postérieur. Le hile est à la face antérieure.

Deux artères : l'une de l'iliaque primitive droite.

— l'autre de l'iliaque primitive gauche.

Une veine : allant à la veine cave inférieure.

Volume notablement plus petit que le rein gauche.

OBSERVATION XXII

(Poirier. Bull. Soc. anat. 1889, p. 436)

Vieille femme.

Le rein droit est dans la partie postérieure de la fosse iliaque, de volume normal, le hile regardant en avant ; il a six artères.

1re venant de l'aorte, à un centimètre au-dessus de sa bifurcation.

2e, 3e, 4e venant de l'angle formé par l'aorte avec l'iliaq. primit. dr.

5e, née de l'angle de bifurcation des deux iliaques primitives.

6e, née de la bifurcation de l'artère iliaque primitive droite.

Une seule veine.

Le rein gauche est dans l'excavation pelvienne.

Comme le précédent, il a une forme lobulée et le hile en avant. Il n'empiète guère que de 2 cm sur le corps de la cinquième lombaire; le reste est dans le bassin. Il a 4 artères:

1re et 2me de la bifurc. aortique

3me de la bifurc. de l'iliaq. primitive.

4me de l'ischiatique.

Une seule veine, qui aboutit à la veine cave, au point d'abouchement de la veine iliaque primitive. Rien du côté de l'appareil génital ni du côté du reste de l'appareil urinaire.

OBSERVATION XXIII

(Potherat et Mordret. — Bull. Soc. anat. 15 fév. 1889.)

Les deux reins reposaient sur la partie inférieure de la fosse iliaque, débordant le détroit supérieur.

Le rein droit avait 2 artères venant de l'aorte;

Le rein gauche avait 3 artères venant de l'aorte.

Le duodénum était situé dans la partie inférieure de l'abdomen, au-devant du détroit supérieur du bassin.

OBSERVATION XXIV

(Poirier. Bull. Soc. anat. 24 juillet 1891.)

Kyste du rein droit, congénitalement déplacé.

Rein droit en ectopie pelvo-abdominale, les deux tiers inférieurs plongeant dans le petit bassin, tandis que le tiers

supérieur est au-dessus. Deux artères rénales naissent de l'angle de bifurcation de l'aorte. — Deux veines rénales qui vont se jeter toutes les deux dans la veine iliaque primitive gauche.

OBSERVATION XXV

(Testut. Tr. anat. Descript. Tome III, p. 809.)

Nouveau-né dont le rein, situé sur la symphyse sacro-iliaque, reçoit trois artères différentes, l'une provenant de l'iliaque primitive du même côté, les deux autres fournies par l'iliaque primitive du côté opposé.

OBSERVATION XXVI

1re obs. de Strübe (loc. cit.) (1).

« Enfant de 27 jours, mort le 17 juin 1891.

A l'autopsie on trouva du côté des reins les particularités suivantes.

Le rein droit est à sa place normale, à côté et au-dessous de la capsule surrénale droite. La capsule surrénale gauche est aussi à sa place normale ; elle est un peu plus grosse que la droite.

Le rein gauche est abaissé sur les dernières vertèbres lombaires, au-devant de la bifurcation de l'aorte. Il dépasse la ligne médiane à droite, mais appartient en majeure partie à la fosse iliaque gauche.

Son extrémité supérieure se trouve à 2 cent. 1/2 au-dessus de la bifurcation de l'aorte ; du côté d'en bas, il pénètre dans le petit bassin, de sorte que son pôle inférieur est couché sur le fond de l'utérus, et qu'il ferme l'accès du cul-de-sac de Douglas.

Aux deux côtés de l'extrémité inférieure du rein se trou-

(1) Traduction de l'auteur.

vent les ovaires. A la face antérieure, le péritoine recouvre le rein. Celui-ci présente une forme oblongue arrondie, aplatie d'avant en arrière. La face postérieure est lisse, l'antérieure montre plusieurs sillons allant du bord au milieu, où se trouve le hile.

Les grandes dimensions sont

	Long.	Larg.	Epaiss.
Rein droit.....	4 3/4.....	2 3/4.....	2 1/4
Rein gauche....	5 1/4.....	4	2 1/4

Le rein gauche est donc plus volumineux que le droit, puisqu'il le surpasse aussi bien en largeur qu'en longueur. Le bassinet du rein gauche est double. Un bassinet naît de la partie supérieure du hile, un second de la partie inférieure, un court canal réunit les deux. Du bassinet inférieur naît l'uretère. Celui-ci court le long de la paroi gauche du bassin pour se jeter dans la vessie à sa place normale. L'uretère droit débouche aussi normalement dans la vessie. Celle-ci est de grosseur et de forme normales.

Le rein gauche est pourvu de trois artères. Deux naissent immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, sur sa moitié gauche, la 3e à 2 cent. de là en amont. Toutes trois pénètrent dans la substance rénale par la face postérieure.

La veine rénale naît de la face antérieure du rein, se porte vers le haut à côté de l'aorte, et s'unit avec la veine suprarénale venant de la capsule surrénale gauche. Les deux veines passent l'une sur l'autre sur la même ligne, le tronc qui résulte de leur fusion s'infléchit à angle droit par rapport à la direction primitive et débouche dans la veine cave inférieure.

Le tube intestinal et les organes génitaux ne présentent ni modifications de siège, ni d'autres anomalies. »

OBSERVATION XXVII

2me obs. de Strübe. loc. cit. (1).

« Enfant du sexe masculin, âgé de 4 semaines, mort le 6 février 1893. Tout de suite après l'accouchement, l'enfant fut amené à la clinique universit. chirurgicale, parce qu'on avait constaté l'absence de l'anus. Dans l'observation est mentionné ce qui suit :

De l'urèthre s'échappe en jet de l'urine mêlée de matières fécales. L'orifice anal manque complètement. Le ventre est distendu, d'une sonorité tympanique. Une longue incision sur le périnée, partant du coccyx, ouvrit la fosse ischio-rectale. Le rectum fut impossible à découvrir, malgré l'examen complet de cet espace. C'est seulement lorsque le coccyx eût été détaché d'avec le sacrum et rabattu à gauche que l'on vit se bomber un organe cylindrique, couvert en apparence de sérosité, qui en imposait pour l'intestin. Il fut pris avec deux petites anses de fil et incisé au bistouri.

Il ne s'écoula ni matières ni aucun liquide. L'examen de plus près montra qu'il s'agissait d'un organe parenchymateux, peut-être le rein. Comme l'absence du rectum proprement dit était ainsi bien établie, et qu'on pouvait supposer que l'intestin s'abouchait directement avec le fond de la vessie, la cavité périnéale opératoire fut tamponnée et la colostomie iliaque pratiquée.

L'enfant se releva d'abord un peu, prit du poids, et les plaies guérirent bien. Mais bientôt il dépérit, et finit par mourir environ 4 semaines après l'opération.

A l'autopsie, voici ce qu'on découvrit :

A l'emplacement normal ne se trouve aucun des deux reins. Les capsules surrénales, de forme aplatie, arrondie,

(1) Traduction de l'auteur.

de la grosseur environ d'une piéce d'un mark, se trouvent, des deux côtés de la colonne vertébrale, à hauteur normale. La gauche est un peu plus bas que la droite.

Le seul rein existant est situé bas dans le petit bassin, dont il remplit complètement la cavité, et sur les dimensions duquel il adopte sa forme. Il est par son axe longitudinal juste sur la ligne médiane du corps et présente en coupe transversale une forme quadrangulaire, dont la largeur décroît progressivement de haut en bas, le rein pénétrant en quelque sorte de force entre les deux parois latérales du bassin. Le pôle inférieur du rein repose sur les parties molles du plancher pelvien. En haut, le rein s'élève jusqu'au voisinage immédiat de la racine du mésentère (Radix). La face postérieure du rein est convexe et repose dans la concavité du sacrum entre les deux muscles psoas dans leur trajet descendant. La bifurcation de l'aorte se trouve à 1 cm. plus bas que le pôle supérieur du rein. Le rein se case entre les deux artères iliaques primitives de telle façon que ces artères, un peu rejetées en dehors, suivent de chaque côté les faces latérales du rein.

La face antérieure du rein est dans sa partie supérieure recouverte par le péritoine, qui, dans la moitié droite du corps, s'applique sur la vessie, formant une excavation réno-vésicale. A gauche, cette cavité est partagée encore, par le rectum qui s'insinue entre la vessie et le rein, en une excavation vésico-rectale et une réno-rectale. La face antérieure est divisée par des sillons en segments séparés, plate dans son segment supérieur, concave dans son segment inférieur, d'où sort le bassinet. Celui-ci naît de quatre calices, dont deux viennent de la partie supérieure et deux de la partie inférieure du hile, et se convertit en un uretère long de 2 cm. 1/2, large par endroits de 1/2 cm., qui par

un trajet sinueux aborde la vessie par sa moitié droite, et la pénètre.

La longueur du rein atteint six centimètres ; la largeur, mesurée à l'endroit le plus large, trois centimètres et demi ; entre les acetabula, deux centimètres et demi.

Le rein tire son sang de trois artères qui pénètrent dans le hile par la face antérieure : une à droite, les deux autres à gauche.

L'artère rénale droite naît à un demi centimètre au-dessus du point de bifurcation de l'aorte, de sa moitié droite, descend d'abord sur la face latérale du rein, se porte ensuite en avant et pénètre dans le hile au milieu de la face antérieure. Les deux artères latérales gauches naissent par un petit tronc commun court, qui vient de l'artère iliaque primitive gauche immédiatement après son origine de l'aorte. La branche courte antérieure se porte directement en avant et pénètre dans le hile à sa partie la plus antérieure. La branche postérieure au contraire se porte sur la face latérale du rein derrière le rectum et pénètre dans le hile plus bas.

A la face postérieure du rein, du côté gauche, trois artères insignifiantes, qui proviennent de l'aorte, de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique, pénètrent dans la capsule rénale.

Les troncs veineux du côté droit, deux provenant de la face antérieure, un du pôle supérieur du rein, se réunissent dans une veine commune, qui se jette dans la veine cave ascendante tout au-dessus du confluent des veines iliaques.

Les veines du côté gauche débouchent, également en un un tronc commun, dans la veine iliaque externe du côté gauche.

Les gros troncs veineux du bassin présentent une dis-

position anormale : la veine hypogastrique gauche se jette à droite dans la veine iliaque primitive droite. Cette dernière s'unit à la veine iliaque externe du côté gauche pour former la veine cave ascendante.

Dans le côté gauche de l'abdomen, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessus de l'S iliaque, se trouve le colon descendant, pénétrant dans la paroi abdominale, formant un anus contre nature. A la place du « Rimaani » (?) se trouve une cicatrice étendue dans la direction de ce dernier. La fin du gros intestin se glisse, comme il a été dit plus haut, à gauche entre la vessie et le rein. L'intestin est ici large de deux à deux centimètres et demi. Ensuite il se transforme brusquement en un canal étroit de trois millimètres et long de un centimètre, qui débouche dans le fond de la vessie, du côté gauche, de sorte qu'on peut avec la sonde pénétrer du rectum dans la vessie. Les deux vésicules séminales se trouvent au-dessus du point d'abouchement de l'intestin dans la vessie. A cette place aussi arrivent ensemble les deux canaux déférents. Le droit a parcouru un long chemin à la paroi postérieure de la vessie au-dessus de l'embouchure de l'uretère, tandis que le gauche, d'une courte étendue, se rend sous le rectum au point d'abouchement dans le sinus urogénital.

La vessie est, comme déja cela ressort de la description exacte du trajet des canaux déférents, asymétrique, en ce que la moitié droite est beaucoup plus bombée que la gauche. La vessie est fortement distendue et aboutit en haut à un fort ligament vésico-ombilical médian. A l'intérieur, l'asymétrie ressort tout aussi nettement. Seuls l'embouchure uretérale droite et le côté droit du trigone de Lieutaud sont bien formés ; à gauche il n'y en a pas de trace appréciable. Tout au-dessus de la « Caput gallinaginis » est l'orifice par lequel le canal recto-vésical s'ouvre dans la vessie.

Nous avons tenu à rapporter tout entière cette observation, en raison de la précision et de l'extrême intérêt de ses détails. Strübe l'accompagne de deux figures explicatives auxquelles nous renvoyons ceux que cette anomalie complexe pourrait intéresser.

OBSERVATION XXVIII

(Troisième observation de Strübe, loc. cit. (1)

N. H..., 32 ans, mort le 4 avril 1891.

De l'histoire du malade je mentionne :

Anamnestiques : Le patient souffre depuis six mois d'une constipation opiniâtre, ainsi que de difficultés dans l'urination qui consistent en miction difficile et douleurs dans l'urèthre, à l'émission. La constipation ne cède qu'à l'emploi de purgatifs énergiques. Les matières fécales sont constituées par de petites crottes dures, recouvertes d'un pus glaireux; ce n'est que rarement qu'il a une selle normale.

L'année passée, le bas-ventre aurait enflé, ce qui du reste disparut après une débâcle.

De plus il survint du vomissement matutinal, de l'inappétence, une langue très saburrale, le caractère devint irritable, le sommeil mauvais, symptômes qui jusqu'aujourd'hui n'ont fait que s'accroître progressivement

Au commencement de septembre de l'année dernière, le patient prit la figure jaune, et en même temps il avait des douleurs d'estomac, mais pas de vomissements. Dans l'aspect des selles il ne remarqua alors aucun changement. La teinte jaune dura jusqu'en octobre.

En 1880, le patient eut un accident syphilitique primaire, et plus tard des manifestations secondaires. En 1883, il prit

(1) Traduction de l'auteur.

une blennorhagie, qui guérit sans complication au bout de trois mois.

Il y a quatre mois, le patient consulta un médecin pour sa constipation, eut par lui son attention attirée sur une tumeur dans le bas-ventre, tumeur qui lui avait jusqu'alors échappé, en sorte qu'il ne peut donner aucun renseignement sur l'époque de son apparition et son mode de développement. La tumeur devait dès cette époque avoir le même volume qu'aujourd'hui ; elle n'est pas spontanément douloureuse. A une forte pression sur la tumeur, des douleurs sont ressenties. Le patient croit remarquer assez souvent de petits déplacements de la tumeur, sans que la réplétion de l'intestin y soit de quelque influence.

Etat actuel : Homme assez grand, fortement bâti, bien musclé. L'abdomen n'est pas gonflé, les parois sont dures. La matité hépatique dépasse sur la ligne parasternale le bord des côtes, de deux travers de doigt. La matité splénique n'est pas augmentée. Il n'y a ni ictère ni œdème. A une palpation profonde on sent au-dessous du nombril une tumeur arrondie, qui est douloureuse à la pression. La moitié droite du scrotum est vide, et de même dans le canal inguinal on ne trouve pas de testicule ; l'orifice inguinal externe admet le bout du doigt. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés.

Examen sous anéthésie, le 6 fébr. 1891.

Environ à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, au-devant du promontoire, s'élevant dans le grand bassin, un peu plus à droite de la ligne médiane, se trouve une tumeur du volume du poing, dont le pôle inférieur peut être atteint par l'extrémité d'un doigt mis dans le rectum. Elle est d'une forme à peu près elliptique, un peu mobilisable dans le sens transversal, à peine dans le sens vertical. Sa superficie est inégalement bosselée et sa consistance

molle élastique. Dans la région de la vésicule séminale droite, on sent un cordon plus fort que du côté gauche.

Comme diagnostic clinique, on admit qu'il s'agissait vraisenblablement d'un sarcôme du testicule retenu.

Le 1er avril 1891, la laporatomie fut pratiquée.

Après ouverture de la cavité adominale suivant une incision sur la ligne blanche, du nombril à la symphyse, on vit que la tumeur était rétro-péritonéale, et, au premier regard, elle en imposait pour un paquet de glanglions lymphatiques rétro-péritonéal.

Après éviscération et enveloppement de l'intestin dans des compresses salicylées, le mésentère fut incisé dans le sens transversal, parallèlement au cours des vaisseaux, et alors on arriva sur la tumeur. Celle-ci a une couleur rouge brun et paraît extérieurement répondre à peu près à de la substance rénale. On libère un lambeau environ gros comme une noix, par où un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux plus ou moins gros saignent : ils sont en partie saisis directement, en partie liés avant la résection du lambeau.

Le lambeau isolé est excisé, et alors se produit une assez abondante hémorrhagie parenchymateuse, qui est arrêtée par tamponnement. A la coupe, le lambeau se montre nettement de la substance rénale. Il y a certainement là une anomalie de situation du rein, peut-être un rein en fer à cheval avec moindre développement de la moitié droite Un simple rein flottant n'est pas admissible, parce que le pédicule était trop court, et que le rein ne se laissait que très peu mobiliser.

De la présence du rein droit et du rein gauche on ne pouvait être sûr. Sur l'endroit du parenchyme qui saignait, on mit des mèches iodoformées qu'on attira en dehors. Le mésentère fut fermé au catgut, puis, après réintégration

des intestins, les parois abdominales furent réunies et un bandage appliqué.

2 avril 91. Pas de vomissements après l'opération.

Les douleurs sont vives et combattues par la morphine.

Le malade a peu dormi la nuit. Il y a eu un vomissement.

Quantité des urines 275 c. cub. Poids spécif. 1025.

Le matin, violentes douleurs. Pas d'émission de gaz.

Le ventre est assez tendu, pas de météorisme.

Grande sensibilité à la pression, surtout à gauche.

Le pansement est traversé par une sérosité sanglante, après ablation des mèches, l'écoulement de sérosité est plus grand par l'orifice du drainage.

L'urine contient beaucoup d'albumine et d'hémoglobine.

3 avril. Quantité d'urine très minime. Le cathérisme n'en donne pas. Dans le côté gauche, sur le ligament de Poupart, se montre une matité circonscrite ; on introduit un drain plus long par lequel s'écoule un liquide séro-sang.

4 avril. Anurie complète pendant 24 heures. Pendant la nuit et le matin, vomissements constants. A 8 h. 3/4 du matin, mort.

A l'autopsie :

Dans le feuillet péritonéal de la paroi abdom. post. se trouve une large infiltration hémorrhagique, particulièr. dans la région rénale gauche. En regard de la vertèbre lombaire inf. et de la vert. sacrée sup., le péritoine est très fortement repoussé en avant par une tumeur située derrière lui, grosse environ comme un poing. A l'endroit le plus élevé de cette masse, le péritoine est incisé sur une étendue de 5 centimètres et recousu par une suture.

La tumeur se présente comme le rein déplacé en bas. Les deux capsules surrénales sont normales par leur volume, leurs vaisseaux et leur situation. Le rein existant s'étend

du corps de la quatrième V. Lombaire jusqu'à la deuxième V. sacrée. Il est long de 12 centimètres, large de 8, épais de 4, 5.

Cet organe est situé dans la fosse iliaque gauche et dans la moitié gauche du petit bassin, de façon à recouvrir les vaisseaux iliaques gauches, tandis que les droits restent libres. Le pôle supérieur est à peu près au niveau de la bifurcation de l'aorte. La face postérieure du rein est lisse, elle montre une empreinte répondant au psoas, ainsi qu'un sillon répondant au bord du petit bassin.

A la face antérieure le rein présente une série d'élévations tubéreuses, qui sont séparées les unes des autres par des sillons occupés en partie par des artères. Une de ces proéminences a été enlevé par l'opération, et on aperçoit à sa place une surface cruente encroûtée. L'aparence de l'organe entier est celle d'un gâteau aplati et arrondi.

Le hile est à la face antérieure, les vaisseaux y pénètrent, l'uretère en sort. Le bassinet est constitué par le confluent de quatre calices, deux plus petits et deux plus grands ; un grand calice vient du segment supérieur et du segment inférieur du rein, tandis que les plus petits viennent de la partie moyenne de la face antérieure. Le bassinet montre dans son segment le plus supérieur une solution de continuité, qui est réunie par la suture. Là se trouve également la blessure ci-dessus mentionnée de la substance rénale.

L'uretère qui naît du bassinet est long de 11 centimètres et très large; il passe derrière le rectum, sur la paroi pelvienne gauche pour aller se jeter dans la vessie, du côté gauche. Sur le bord latéral droit du rein, est une petite masse de la forme d'une fève, longue d'environ 4 centimètres, large de 2-3 centimètres, solidement adhérente : la capsule est d'une consistance ferme et dure. L'examen microscopique montra que cette masse se composait de vestiges de glo-

mérules, de canalicules urinifères pleins d'une matière colloïde et de vaisseaux à parois épaissies, en somme représentait de la substance rénale oblitérée.

La pièce en question est séparée du reste de la masse du rein, à la face antérieure, par un sillon, tandis que en arrière et sur le bord supérieur elle se confond sans délimitation avec la substance rénale.

Dans le sillon limitant antérieur, entre la partie normale et la portion oblitérée du rein est un uretère, qui dans sa plus grande partie est totalement oblitéré, et en d'autres endroits est traversé de cloisons, de membranes et de filaments; il est accessible avec peine par la sonde.

De cet uretère partent des prolongements en forme de cordons, aussi bien à droite dans le tissu rénal sclérosé qu'à gauche dans la substance normale. En haut, l'uretère oblitéré s'étend jusqu'au-delà de la limite de la partie indurée du rein et son extrémité supérieure se continue apparemment avec l'uretère normalement développé du côté gauche, ou du moins avec le bassinet, car on peut avec une sonde pénétrer de ce bassinet jusque dans cette portion supérieure de l'uretère oblitéré, mais on ne peut pas constater une communication directe, parce que l'oblitération est en ce point particulièrement accusée.

L'uretère oblitéré débouche également dans la vessie, par où il peut être cathétérisé sur une certaine étendue.

Le point d'abouchement se trouve à la paroi postérieure de la vessie, à droite de l'embouchure de l'uretère normal.

Mais, tandis que, pour ce dernier, le côté du trigone de Lieutaud et le bourrelet inter-uretéral sont bien dessinés, ils manquent du côté de l'uretère droit oblitéré, de telle sorte que la structure intérieure de la vessie est asymétrique malgré la double embouchure des uretères.

Les vaisseaux du rein aboutissent ensemble au hile. Il y

a deux artères, qui sont accompagnées d'un même nombre de veines. L'artère rénale supérieure naît à un centimètre et demi au-dessus de la bifurcation de l'aorte, se dévie vers la partie droite et supérieure du rein, et dessert celui-ci par deux branches. Ces branches parcourent le sillon de la surface antérieure, pour aller se jeter dans le hile. Les veines de cette partie du rein accompagnent les artères, se rassemblent en un tronc commun qui aboutit à la veine cave inférieure.

L'artère rénale inférieure vient de l'hypogastrique gauche à l'endroit où celle-ci est couchée sur le bord gauche du rein. L'artère se porte directement au hile, où elle pénètre. Les deux artères sont à peu près de même force. La veine rénale inférieure va en compagnie de l'artère et se jette dans la veine iliaque primitive gauche.

Dans ce cas également on trouva une anomalie de la disposition des veines dans le bassin. La veine gauche hypogastrique se bifurque en deux branches, dont la moindre s'unit avec la veine iliaque externe pour former l'iliaque primitive gauche, tandis que la branche la plus volumineuse aboutit à la veine hypogastrique droite.

Le péritoine recouvre le rein à la face antérieure et se porte ensuite sur la vessie et le rectum, au moment où ce dernier s'insinue à gauche entre la vessie et le rein. Quant au testicule droit, la relation d'autopsie mentionne qu'il était situé dans le canal inguinal, atrophié, et adhérent à la vaginale. Comme, dans la préparation qui me fut soumise, les testicules et les vésicules séminales n'étaient plus présentes, je ne puis rien dire de précis sur les voies spermatiques, les canaux déférents et les vésicules séminales, qui parurent présenter des anomalies.

Dans ce cas, il n'était pas tout à fait facile de trancher la question de savoir s'il s'agissait simplement d'un rein

abaissé ou d'un rein fusionné. En raison de l'existence de deux uretères, on eut considéré assez aisément le morceau de tissu rénal oblitéré comme le rein droit, qui, fusionné avec le gauche, aurait été arrêté dans son développement par l'oblitération de son uretère. Mais contre cette interprétation s'élevaient les considérations suivantes :

Premièrement, il n'y a pas de démarcation précise entre le tissu induré dégénéré et le tissu normal, la transition est plutôt tout à fait graduelle, il n'y a pas de sillons limitrophes qui séparent, ainsi qu'on le voit en pareil cas, un rein primitivement droit du rein gauche. Notamment il n'y a pas trace constatable d'une formation capsulaire indépendante.

Deuxièmement, l'uretère oblitéré se poursuit au-delà des limites du tissu rénal sclérosé, vers le haut, il envoie ses expansions en forme de cordons aussi bien dans le rein normal, et il s'unit, comme il a été décrit plus haut, avec l'uretère normalement développé.

Enfin, l'absence du côté droit du trigone de Lieutaud et du bourrelet uretéral droit s'élève contre la supposition que l'uretère oblitéré appartienne à la moitié droite du corps. Pour toutes ces raisons, il semble beaucoup plus rationnel d'admettre qu'il s'agit d'un rein avec double formation uretérale, et que, de ces deux uretères, l'un s'est oblitéré avec la portion de rein dont il provient essentiellement.

On pourrait nous reprocher de donner tant de place à cette dernière observation, laquelle comporte un certain nombre de détails qui ne sont pas en rapport étroit avec le but exposé de notre thèse. Nous avons préféré ne pas l'écourter, désireux de faire profiter de notre traduction ceux de nos lecteurs qui trouveraient intérêt à fouiller la question

à côté du point de vue gynécologique et obstétrical que nous allons maintenant envisager.

Si l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein ne présentait qu'un intérêt de pure curiosité tératologique, nous n'eussions évidement pas songé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Or, c'est à ce point de vue seulement que les observateurs l'avaient jusqu'ici considérée. Ils en ont parfois recherché, très sommairement, les raisons embryogéniques, mais ils n'ont pas soupçonné les conséquences que cette ectopie pouvait avoir en gynécologie et en obstétrique. Lors de notre communication à la Société des sciences Médicales de Lyon, nous avions vainement cherché dans la littérature médicale française une monographie ou seulement un paragraphe de manuel se rapportant spécialement à cet ordre de considérations (1). Aussi pensions-nous que c'était la première fois, du moins en France, que la

(1) Deux ans avant notre Communication, M. le Dr Goullioud avait observé dans sa clientèle un fait des plus intéressants, que notre présentation lui remit en mémoire. Il l'exposa dans la même séance et en donna plus tard la publication que l'on trouvera plus loin. Nous nous empressons de remercier le savant et distingué gynécologue lyonnais de l'amabilité avec laquelle il nous a exposé ses vues sur la question et fourni des indications bibliographiques.

question était posée. Etayées sur des données anatomiques et mécaniques bien précises, nos déductions étaient rationnelles, mais il leur manquait le contrôle des faits cliniques que nous leur trouvâmes dans nos recherches ultérieures. Aussi laissèrent-elles sceptiques, à l'instar d'une hypothèse émise avec légèreté, quelques auditeurs étonnés surtout de voir se mêler à la mécanique obstétricale un organe qui y demeure d'habitude si parfaitement étranger. Nous fûmes donc très heureux quand, désireux d'élucider une question qui avait vivement excité notre intérêt, nous rencontrâmes dans la littérature étrangère plusieurs observations qui constituent la preuve irrécusable de la justesse des déductions que nous avions par avance formulées.

II

De l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein en gynécologie.

Voici d'abord les observations de Munde et de M. Goullioud.

OBSERVATION XXIX

Rein intra-pelvien pris pour une affection des annexes de l'utérus. Néphrectomie abdominale. Guérison.

par Paul F. Mundé.

(New-York Med. J. 21 juillet 1888).

(Traduit par notre excellent ami le Dr Martel, chef de clinique à la Faculté).

S... P... 21 ans, mariée, mère de deux enfants, le dernier âgé de 4 mois, fut admise dans mon service, à l'hôpital du Mont-Sinaï, le mardi 22 mai 1888, se plaignant d'une forte douleur dans la région de l'ovaire gauche, douleur qui, disait-elle, était consécutive à un accident survenu trois semaines auparavant (elle était tombée portant son enenfant). Interrogée elle répondit qu'elle avait eu de la chaleur et de la fièvre à ce moment-là et qu'elle était restée au lit pendant quelques jours. Menstruation normale, urine ambrée, acide, densité 1,020 ; négative. L'examen bilatéral des organes du bassin, sans anesthésie (celle-ci était inutile, les parois de l'abdomen étant lâches et se prêtant bien à la palpation), montra l'utérus en position normale, sa mobilité latérale nettement diminuée, l'ovaire droit non reconnaissable ; dans la moitié gauche de la cavité pelvienne, semblant toucher le fond du cul-de-sac de Douglas, il y avait une tumeur irrégulièrement ovoïde, d'une sensibilité exquise, du volume environ d'une orange aplatie, qui était nettement mobilisable

dans toutes les directions, et qui présentait le toucher caractéristique d'un ovaire augmenté de volume et d'une trompe réunis l'un à l'autre par des adhérences. On ne fit aucune tentative pour repousser cette tumeur en dehors du bassin, puisqu'aucun doute n'existait sur sa nature. Le diagnostic fut vérifié par plusieurs autres médecins qui tombèrent absolument d'accord.

Comme j'étais sur le point de quitter la ville pour plusieurs semaines et que la patiente se plaignait vivement de ses souffrances, je lui proposai d'enlever les organes malades, proposition qu'elle accepta sur le champ.

Le 25 mai, en présence du Dr John A. Wyeth et d'un des assistants de la policlinique de New-York, et avec l'aide du chirurgien de l'établissement le Dr Howard Lilienthal et des autres membres du personnel chirurgical, j'ouvris l'abdomen de la façon ordinaire. Mon premier soin fut de chercher l'ovaire et la trompe droits, que je trouvai normaux. Je passai alors mes doigts au-dessous de la tumeur, que j'eus quelques difficultés à atteindre, car elle siégeait sur le plancher du bassin. Tout d'abord elle me sembla être complètement adhérentes et je ne pus trouver aucun endroit où commencer l'énucléation. Je me souviens que je dis au docteur A. Wyeth qu'elle se présentait tout-à-fait comme si elle était entièrement recouverte par le péritoine. Aucun soupçon ne me vint encore que la tumeur pût être extra-péritonéale, puisque mes doigts n'avaient pas rencontré l'ovaire gauche, et j'avais souvent rencontré des ovaires et des trompes présentant des adhérences entièrement semblables. Subitement les adhérences parurent lâcher vers le centre de la tumeur. Mes doigts glissèrent dans un petit sillon et l'énucléation de la masse fut rapidement accomplie. Trouvant quelques difficultés à enlever la tumeur glissante à travers l'incision, je la saisis avec une pince plate qui la déchira et aussitôt un flot de

sang noir s'en échappa. Durant ces manipulations, je remarquai que je n'avais jamais eu auparavant à me comporter d'une façon si particulière pour atteindre une masse en cet endroit. Finalement, je réussis à attirer la tumeur en dehors de l'incision et un regard me révèla sa nature : C'était le rein gauche en état de congestion veineuse très-accusée.

Je n'ai pas besoin de décrire ma surprise, je dirai même ma consternation. Si la capsule eût été intacte, j'aurais immédiatement remis l'organe à sa place; mais j'avais enlevé la capsule du rein aussi aisément que j'aurais pu le faire sur une table de dissection. Il n'y avait donc rien autre à faire que d'enlever l'organe. J'eus la précaution de palper le rein droit, qui, comme je le pensais, se trouvait dans la situation normale. Je plaçai alors une ligature élastique autour du pédicule pour arrêter l'hémorrhagie veineuse abondante que la pince avait fait cesser. Et alors je transperçai et je liai le pédicule avec un fil de soie en faisant un nœud de Straffordshire, je coupai le pédicule sans le cautériser et, m'étant rendu compte qu'aucun vaisseau n'exigeait de ligature isolée, je le laissai retomber et je lui fis une collerette péritonéale. Je cherchai alors l'ovaire gauche et tout d'abord ne le trouvai pas. A la fin, je découvris un petit corps plat, fixé par des adhérences à la partie postéro-inférieure du ligament large, et, ainsi recouvert, restant tout à fait indistinctible. La malade avait donc eu une attaque de périoophorite, comme son histoire nous l'avait fait soupçonner, et ainsi s'expliquait la limitation de la mobilité de l'utérus. Je décidai de laisser l'ovaire gauche, par crainte des manipulations et des tractions qu'eut exigées son extraction, et que la ligature de son pédicule ne nuisit quelque peu au pédicule du rein. La cavité abdominale fut alors soigneusement débarrassée avec des éponges du sang coagulé, et lavée avec la solution chaude de Thiersch. L'ab-

domen fut fermé avec des sutures au crin de Florence. L'opération avait duré environ quarante minutes, un temps considérable ayant été employé à faire la toilette soigneuse du péritoine.

La patiente eut un bon réveil de l'anesthésie chloroformique. Des ordres furent donnés pour retirer l'urine par cathétérisme et pour la mesurer chaque fois, aussi bien que pour l'examiner chimiquement et microscopiquement chaque jour. La malade eut pendant les trois premiers jours de la dépression et du schock. Le moral était mauvais; le pouls petit et accéléré, ordinairement 120. Respiration 28, et température 100° Fahrenheit (37°8 centigr.)

Il y eut quelques vomissements et on l'alimenta par le rectum principalement avec les sarcopeptones de Rudisch. Immédiatement après l'opération, la malade fut cathétérisée, et 2 onces 1/4 d'urine furent recueillies. 6 heures après, 6 onces furent retirées. Le second jour, à des intervalles de 6 heures, 4, 5 et 4 onces 1/2 furent retirées; 5 heures après, 4 onces d'urine furent émises spontanément. En tout 17 onces 1/2 dans les vingt-quatre heures. Urines acides; poids spécifique 1.026; dépôt rougeâtre. Albumine trois pour cent (sic); un peu de pus, des cellules, des urates en abondance, pas de cylindres. — Traitement : caféine, brandy, eau de Seltz, lait.

27 mai. Température 99° (37°2) à 100°8 (38°2).

Pouls 122 à 128. — Respiration 20 à 24. Emissions d'urine, spontanées : 18 onces. — Koumis, sarco-peptones ; brandy et lait de poule.

28 mai. 24 onces d'urines. 1 selle.

29 mai. 22 onces 1/2.

30 mai. 19 onces 1/2.

31 mai. 19 onces. Bouillon de poulet et crackers.

Pouls 96. Température 99 (37°2) à 100°8 (38°2).

Respiration 22.

La température et le pouls deviennent graduellement entièrement normaux ; la quantité d'urines alla en augmentant jusqu'à 31 onces 1/2 au 4 juin. Selles régulières. Urines cliniquement normales, pas de cylindres.

5 juin. — Ablation des sutures et la patiente quitte la chambre spéciale de laparotomie pour aller dans la salle commune. Après une amélioration ininterrompue, absence de douleurs, prise d'embonpoint le 15 juin, la malade sort du lit.

Le poids du rein, après une conservation de 5 semaines dans l'alcool à 50 °/₀, est de 3 onces 5 drachmes. L'examen microscopique ne montre rien d'anormal.

6 juillet. — Un examen vaginal et bimanuel ne révèle rien d'anormal. Excavation en bon état.

La malade, après le troisième jour, avait passé aux soins de mon ami le Dr B. Scharlau qui s'en occupa soigneusement pendant les deux semaines de mon absence, et c'est à son efficace sollicitude ainsi qu'aux soins constants du docteur Lilienthal que je dois réellement attribuer la guérison du schock profond dans lequel était la malade après l'opération.

On a pu remarquer qu'il y avait dans cette observation un fait anormal : la possibilité de mobiliser le rein en tous sens. Nous n'en chercherons pas l'explication. Tout nous atteste qu'il s'agissait bien là d'une ectopie congénitale, et surtout la situation extrêmement basse du rein, qui arrivait jusqu'au plancher pelvien. Quant à la douleur exquise notée au moment de l'examen, elle tenait sans doute à l'attrition des masses salpingo-ovariques enflammées, par les déplacements imprimés au rein.

OBSERVATION XXX

Goullioud, Ann. de gynéc. 95, p. 117.

La femme B., domestique, âgée de 35 ans, se présente à mon examen le 29 octobre 1892. A cette époque je note le diagnostic probable de salpingo-ovarite, et je prescris le traitement médical ordinaire.

Le 1er décembre 1893, Mme B. revient, se plaignant plus vivement de souffrir du ventre et des reins, de faire péniblement son service de domestique, d'être obligée presque chaque jour de s'aliter un moment et de perdre ses forces.

Elle a eu une enfant il y a 13 ans ; accouchement normal, sans intervention ; — fausse couche il y a 5 ans. C'est surtout depuis février 1893 que ses douleurs ont augmenté. A cette époque elle semble avoir eu une colique nephrétique : douleurs très vives dans le flanc droit, l'obligeant à s'aliter trois jours ; pissement de sang ;... il n'y a guère que deux ou trois mois qu'elle souffrirait aussi à gauche, mais moins vivement.

A mon examen, le rein droit n'est pas perceptible. Le cathétérisme vésical ne révèle pas de calcul. Urine claire, renfermant un léger nuage d'albumine qu'on n'a pas retrouvé à d'autres examens. Règles très prolongées, abondantes et douloureuses. A droite, on sent mal les annexes, parce que l'utérus est entraîné et fixé de ce côté. Par le toucher rectal, on atteint les annexes droites, adhérentes, douloureuses, au-dessus du ligament-utéro-sacré. Je constate, par le toucher vaginal et le palper bimanuel, dans la région des annexes utérines gauches, à gauche et en arrière du col utérin, séparé de lui par un sillon bien net, une tumeur dure, piriforme, immobile, qui pointait dans le cul-de-sac gauche, et dont les limites postérieures se perdaient dans la direction de l'excavation sacrée. C'était absolument le

toucher d'une salpingite interstitielle, volumineuse. La femme était grasse et le palper bimanuel était un peu douloureux.

Ce n'était d'ailleurs ni la sensibilité exquise d'un abcès pelvien, ni la sensation d'une collection enkystée. Diagnostic : affection des reins et salpingite double. Je n'eus aucune hésitation sur la voie à suivre : ce cas n'était pas justiciable de la méthode de débridemment vaginal de M. Laroyenne; c'était à la laparotomie qu'il était indiqué de s'adresser. L'intervention proposée fut acceptée sans hésitation, et pratiquée le 6 décembre 1893.

Après incision de l'abdomen, je cherchai d'abord les annexes du côté droit, réservant pour la fin de mon intervention la lésion supposée principale. A droite, quelques adhérences du pavillon m'indiquant une lésion inflammatoire certaine de ce côté, me décidèrent à enlever la trompe et l'ovaire.

Allant ensuite à la recherche des annexes gauches, je fût fort surpris de ne pas les rencontrer. Quelle était donc la tumeur constatée avant l'opération ? L'intestin retiré hors du bassin, il fut facile de constater qu'elle était développée dans le tissu cellulaire pelvien, et, parmi les hypothèses permises, celle d'un kyste dermoïde ou d'une adénite pelvienne de Terrier me parurent la plus vraisemblable.

Le péritoine pelvien incisé, je commençais à décoller la tumeur incluse quand je m'arrêtai, ayant éprouvé très nettement la *sensation que donne le décollement du rein* au cours d'une autopsie. C'était la même résistance des tissus, le même bord accentué, la même facilité de décollement. Un examen attentif me confirmait dans ma première impression et, le décollement partiel du rein n'ayant pu en rien compromettre sa vitalité, je le laissai et suturai le péritoine pelvien incisé.

Quant aux annexes gauches, je désespérai un moment de

les trouver : car l'ectopie du rein s'accompagnait d'une malformation considérable de la trompe, ce qui prouvait son origine congénitale. La corne gauche de l'utérus était arrondie, comme si la trompe avait été antér. supprimée et ce fut seul. en découvrant l'ovaire gauche atrophié sur la marge du détroit sup. que je pus reconnaître le trajet de la trompe, qui, rencontrant le rein dans le bassin, avait dû s'accoler à la branche horizontale du pubis pour venir se joindre au ligament rond. La trompe était atrophiée et était sous-péritonéale, ne faisant qu'une saillie insignifiante, d'où la difficulté de la retrouver. Il n'y avait pas de ligament large gauche. Le pavillon et l'ovaire gauches, ne présentant pas de lésions inflammatoires, furent respectés et laissés en place.

Il s'agit manifestement d'une ectopie congénitale du rein et d'une malformation secondaire de la trompe.

Suites immédiates absolument simples. Guérison.

Ainsi, dans ces deux observations à bien des points de vue si semblables, nous voyons deux fois le rein en imposer pour une salpingo-ovarite, deux fois cette méprise aboutit à la laparotomie, et le diagnostic de la nature de la tumeur n'est fait que lorsque le rein a été lésé par les manœuvres opératoires : une première fois irrémédiablement, par le fait de la rapidité imprudente du chirurgien ; légèrement dans le second cas, grâce à la lenteur prudente de l'opérateur, surpris et mis en éveil par l'allure inhabituelle des lésions.

Essai de diagnostic

Est-il donc impossible, sans ouvrir l'abdomen, d'arriver au diagnostic d'ectopie intrapelvienne du rein ? Il est à remarquer d'abord que cette ectopie,

silencieuse dans les conditions ordinaires de santé, parce qu'elle ne saurait gêner sensiblement les fonctions intestinales ou urinaires, ne se révèle d'habitude qu'à propos d'une affection de l'utérus ou de ses annexes. Une femme, porteur d'un rein intra-pelvien, que rien jusque là n'avait trahi, vient consulter le médecin pour une affection abdominale quelconque nécessitant un examen pelvien complet au cours duquel on trouve la tumeur constituée par le rein.

Cette tumeur dont la nature rénale est ignorée, voyons quelles sont les lésions qu'elle pourrait simuler? — Connaissant son volume qui est à peu près celui d'un rein ordinaire, sa forme assez arrondie, sa consistance ferme et solide, sa fixité, nous pouvons en déduire qu'elle ne sera confondue ni avec les grosses tumeurs, solides ou kystiques, ni avec les tumeurs franchement fluctuantes, ni avec les tumeurs pédiculées.

AFFECTIONS UTÉRINES.

La *rétroversion* ou la *rétroflection* de l'utérus ne sera pas confondue avec un rein, car, si elle est réductible, même incomplètement, cette réduction, obtenue par des manœuvres manuelles simples ou à l'aide de l'hystéromètre, fera d'elle même cesser le doute ; si elle est adhérente, solidement fixée, le toucher rectal ou vaginal combiné au palper hypogastrique permettra de bien apprécier la continuité du fond de l'utérus, tombé dans le Douglas, avec la portion cervicale.

Pour les *petits fibromes* situés à la partie posté-

rieure de l'utérus, il y a d'abord les hémorrhagies, les signes fournis par le cathétérisme..... De plus si le fibrome est *sous-péritonéal*, ou bien il est pédiculé et mobile, et l'on n'ira pas songer à un rein ; ou bien il est fixe, et alors ses connexions utérines, recherchées comme pour la rétroposition, le feront reconnaitre. — Si le fibrome est *interstitiel*, il sera plus sûrement encore rapporté à l'utérus.

AFFECTIONS EXTRA-UTÉRINES.

On éliminera de suite le *phlegmon des ligaments larges*, *l'hématocèle*, marqués par le début rapide des accidents accompagnés de manifestations fébriles, de douleurs très vives, d'état général grave. A une certaine distance du début des accidents, l'examen local révèlera soit une tumeur fluctuante au cas de phlegmon, soit des masses inégales, molles, pseudo-fluctuantes constituées par les caillots anciens de l'hématocèle. Jamais d'ailleurs la palpation du rein ne serait aussi douloureuse.

On n'admettra pas une *grossesse extra-utérine*, dans laquelle il y a suppression des règles, ramollissement du col, augmentation du volume de l'utérus Dès le deuxième mois, il y a déplacment de l'utérus, apparition de symptômes douloureux, des troubles de défécation et de miction. Dans les cas embarrassants, l'évolution fera d'elle même la lumière.

On ne s'arrêtera pas longtemps *aux tumeurs sarcomateuses* ou *cancéreuses* de l'ovaire, trahies de bonne heure par la rapidité de leur évolution et la concomitance de la déchéance générale du sujet ; ni aux *kystes*

multiloculaires de l'ovaire, aux *kystes du parovarium*, aux *kystes intraligamenteux*, qui sont des tumeurs fluctuantes, à évolution progressive; ni au *fibrome pur* de l'ovaire, habituellement pourvu d'un pédicule. L'ovaire *scléro-kystique*, par le seul fait de son extrême sensibilité, ne sera pas confondu avec le rein. Au contraire les *kystes dermoïdes* de l'ovaire, dont les parois sont parfois très épaisses, et dont l'évolution peut rester un grand nombre d'années stationnaire, pourront facilement être simulés par le rein en ectopie intra-pelvienne. Il en est de même de certaines formes de salpingite. Non pas la *salpingite catarrhale*, figurée par un cordon dur, sinueux, effilé à son extrémité utérine, mais plutôt les *salpingites kystiques*, purulentes, séreuses ou hématiques. Mais, outre que ces formations pathologiques arrivent bien rarement au volume d'un rein, elles donnent la sensation de tumeurs plus ou moins ovoïdes, bosselées, dures par places, fluctuantes en certains points, caractères auxquels on reconnaitrait que l'on n'a pas affaire à un rein.

C'est à la *salpingite chonique parenchymateuse* que l'on pensera le plus volontiers, et quand nous aurons ajouté l'*adénite pelvienne de Terrier*, le *fibrome mou* de l'ovaire *non pédiculé*, rappelé le *kyste dermoide* de l'ovaire, nous aurons nommé les quatre sortes de lésions dont le rein intrapelvien donnera surtout la sensation. (1)

(1) Tout ce chapître est intentionnellement écourté, car notre but n'est pas de faire le diagnostic différentiel de toutes les affections pelviennes qui sont susceptibles de se rencontrer avec un rein en ectopie congénitale intra-pelvienne, mais

Nous avons restreint le champ du diagnostic : ce n'est pas à dire que celui-ci va désormais être commode. Il faudrait, pour pouvoir l'établir, se trouver en présence de ces cas particulièrement favorables, analogues à ceux de Fischel, de Hohl, de Hüter, dans lesquels la situation de l'organe est très basse, en sorte que le rein peut être saisi par le toucher bidigital recto-vaginal, et que les doigts peuvent apprécier la forme en haricot, la présence d'un hile, d'une artère qui aboutit à ce hile et qui donne des battements. Ce seraient là des éléments de quasi-certitude, et la certitude deviendrait absolue si les résultats négatifs de l'exploration de la fosse lombaire correspondante signifiaient positivement : ectopie rénale. Je m'explique. Si d'un côté, soupçonnant de par les signes de l'exploration pelvienne une ectopie rénale, on pouvait de l'autre être en mesure d'affirmer que le rein fait défaut dans la fosse lombaire, à sa place habituelle, on se serait donné tous les éléments de certitude de la présence du rein dans le petit bassin. Le malheur est que cette exploration est absolument insuffisante quant à la valeur ou du moins quant à la constance des renseignements qu'elle peut donner.

La majorité des auteurs admettent que le rein, quand il est sain et en situation régulière, échappe à tous les modes d'exploration (V. thèse de Récamier,

simplement de rappeler les caractères les plus saisissants à l'aide desquels, mis fortuitement en présence d'un rein pelvien, on pourra, sinon affirmer sa présence, du moins élimmer toute une série de lésions auxquelles la pensée pourrait tout d'abord s'arrêter.

Paris, 1889). Pourtant, chez quelques femmes, d'après Guyon, on peut sentir l'extrémité inférieure du rein droit sans qu'il soit augmenté de volume ni déplacé. Israël dit aussi que, dans certaines conditions spéciales, on peut en sentir la face antérieure.

S'il nous est permis de donner sur cette question l'opinion personnelle que nous nous sommes faite à la suite d'un grand nombre d'examens, nous devons dire que nous nous rangeons absolument à l'avis d'Israël et que nous dépassons même ses conclusions (V. pour la Bibliographie, la fin du travail).

On a trop l'habitude de répéter, sans contrôle et parce que la chose se dit depuis longtemps, qu'il est impossible à la palpation bimanuelle d'arriver jusqu'au rein en dehors de son état d'hypertrophie ou de ptose. C'est faux. Nous avons examiné, nous le répétons, un grand nombre de *femmes*, et, systématiquement, nous avons recherché exclusivement le *rein gauche*, sachant avec quelle fréquence le rein droit chez elle est plus ou moins prolabé. Nous connaissons les causes d'erreur et nous avons su nous mettre à l'abri des sensations tactiles trompeuses fournies par le bord inférieur du foie, par le bord antérieur de la rate, par le muscle grand droit de l'abdomen...

Nous n'avons tenu compte que des sensations bien franchement données par la masse arrondie, mousse, lisse, faisant ressaut, que seul peut constituer le rein ; nous nous sommes abstenus, bien entendu, de faire notre enquête sur des femmes atteintes d'affections rénales ; mais, en dehors de celles-là, nous avons examiné au hasard, à la suite des lits.

Eh bien, dans la dernière série de 25 femmes que nous avons enregistrée avec plus de soins et de scrupules, en vue de la faire connaître ici, 5 fois nous avons pu explorer très nettement le rein gauche dans plus de sa moitié inférieure ; 3 fois nous avons senti seulement l'extrémité inférieure, assez cependant pour affirmer la présence du rein.

Nous ne voudrions pas donner en ce lieu plus d'extension à ces résultats, et leur attribuer plus d'importance qu'ils n'en méritent dans la question du diagnostic de l'ectopie pelvienne du rein.

De ce qui précède on peut tirer les conclusions suivantes : Quand on aura fait une exploration négative du rein dans la fosse lombaire de même côté que la tumeur intra-pelvienne soupçonnée rénale, on n'aura pas le droit de conclure à une ectopie du rein. — Si, au contraire, cette exploration permet de sentir le rein en position normale, il est bien clair que les soupçons s'évanouiront devant une preuve si péremptoire. — Il en est de cette contre-épreuve, et dans un ordre un peu différent d'idées, comme de la recherche du bacille de Koch : négative, elle n'éclaircit rien ; positive, elle lève tous les doutes.

En d'autres termes, l'exploration de la fosse lombaire, dans les cas douteux dont nous parlons, devra toujours être faite : elle pourra quelquefois faire affirmer qu'il n'y a pas de rein intra-pelvien ; jamais qu'il y en a un. Avec le simple secours de l'exploration manuelle, le diagnostic reste donc à peu près impossible, et nous ne pouvons à ce propos mieux faire que citer Munde et Goullioud.

Munde, voulant justifier son erreur de diagnostic, écrit : « Quand il n'y a aucun soupçon relativement au déplacement du rein ; quand l'urine est normale ; quand la douleur, datant d'un certain temps, est ressentie d'un seul côté du bassin ; quand l'examen bimanuel révèle un corps distinct, oblong, tendre, élastique, situé dans la cavité pelvienne au point où la douleur est éprouvée ; quand l'ovaire ne peut être senti en sa place normale, et que l'on trouve l'utérus normal dans sa forme et dans sa position ; et quand ce corps oblong, sensible, donne au doigt explorateur une sensation correspondant exactement à celle d'une masse salpingo-ovarique volumineuse et adhérente, alors je dis que les présomptions du diagnostic sont certainement en faveur de cette dernière affection, et que c'est une faute de diagnostiquer dans la tumeur intra-pelvienne un rein déplacé. » (loco citato)

Et M. Goullioud : « Ce rein avait été pris à tort pour une salpingite parenchymateuse, et l'identité des signes était telle que je ne vois pas d'ailleurs comment une semblable erreur pourrait être évitée ..... Quand j'examinai de nouveau ma malade guérie de sa laparotomie, je ne pus découvrir aucun signe permettant de différencier d'une salpingite interstitielle volumineuse cette extrémité du rein pointant dans le vagin, en arrière du col. »

Conduite à tenir

On peut ajouter, du reste, que, avant l'intervention chirurgicale, l'embarras du diagnostic n'est pas

extrêmement regrettable. Sans doute ce serait une satisfaction intellectuelle très intéressante que de pouvoir faire, en dehors de toute vérification visuelle, le diagnostic de rein intra-pelvien. Mais ce diagnostic n'est pas de première importance.

En effet, l'ectopie rénale ne tombe sous l'observation du médecin qu'à propos d'affections utérines ou annexielles, lesquelles, suivant le plus ou moins de gravité de leurs manifestations, seront justiciables de l'une des méthodes thérapeutiques suivantes :

1° *Traitement simplement médical et petits moyens.* — Dans ce cas, ce n'est évidemment ni le repos au lit auquel on soumettra d'abord la malade, ni les sangsues, ni les vésicatoires, pointes de feu, etc., ni plus tard les injections chaudes, le tamponnement glycériné, etc. etc., qui pourront être préjudiciables à ce rein.

2° *Intervention chirurgicale.*

Si c'est la *ponction de Laroyenne* que l'on a jugée indiquée, — il ne serait pas indifférent d'embrocher le rein avec ce gros trocart, ce qui pourrait bien arriver si ce rein avait été pris pour une poche purulente et rendu responsable du mal causé par les annexes. Mais, à un examen très attentif, ne sera-t-on pas surpris de se trouver en présence d'une tumeur trop régulière, trop ferme, non fluctuante, à peine sensible à la pression dans le toucher bi-manuel, et n'offrant en somme, aucune des conditions requises pour l'opération de Laroyenne. Et s'il y a véritablement une collection purulente en cause, on devra la trouver contiguë au rein, et elle alors

fluctuante et douloureuse. — D'ailleurs si cette tumeur (rein en ectopie) révélée par le toucher est très bas située, au contact des culs-de-sacs vaginaux, un moyen prudent reste d'acquérir la notion exacte de son contenu, si elle a un contenu : ce sera de faire, avec une petite seringue de Pravaz et une fine aiguille, une ponction exploratrice. Il est impossible, quelle que soit la nature de la lésion, que cette ponction, faite avec une rigueur antiseptique et aseptique absolue, puisse être nocive. Si c'est du rein, on aura du sang très pur. Si c'est une collection purulente, on pourra bien ne pas avoir du pus en abondance, car celui de la salpingite suppurée est souvent trop épais pour s'écouler à travers une aiguille capillaire ; mais, en compensation, la main qui tient cette aiguille aura la sensation de ne pas être dans un parenchyme dense et ferme comme le rein, mais d'être arrivée dans une cavité ; d'autre part, il serait bien étonnant que le vide n'amenât pas dans le corps de pompe de la seringue quelque peu de pus, ou que l'on n'en obtint pas quelques parcelles en soufflant dans le pavillon de l'aiguille. — Le résultat de la ponction exploratrice, dans ces cas particulièrement difficiles, indiquera si la ponction de Laroyenne doit être pratiquée, et évitera une blessure grave du parenchyme rénal.

Nous arrivons enfin à l'hypothése où l'indication est posée d'une *ablation des annexes* supposées malades. Suivant les conditions de hauteur, de volume, de rapports... etc., de la masse à enlever, on choisira la *voie vaginale* on la voie *abdominale*.

Dans le premier cas, si l'opération n'est pas conduite trop hâtivement et trop insoucieusement ; si, au lieu d'une extraction brutale à l'aveugle, on contrôle incessamment avec le doigt toutes les manœuvres que l'on exécute, il paraît impossible que l'on prenne un rein pour une vieille salpingo-ovarite, pour un fibrome de l'ovaire, pour un kyste dermoïde, pour une adénite pelvienne de Terrier.

Si l'on aborde la tumeur par la *voie abdominale*, les mêmes précautions épargneront au rein méconnu des lésions quelquefois irrémédiables (Mundé). Le palper qui appréciera la forme, la fixité de la masse morbide, l'œil qui en précisera la situation rétro-péritonéale, s'il le faut l'incision prudente de la capsule qui ne laissera plus de doutes sur sa nature rénale, sauveront l'existence menacée du viscère.

On nous objectera que l'observance de ces règles de prudence suppose le soupçon préalable d'une ectopie intra-pelvienne du rein, soupçon qui ne viendra pas à l'esprit, en raison de l'excessive rareté de la rencontre de cette anomalie. Mais nous répondrons que, précisément, tout comme les publications de Mundé et de Goullioud, ce chapitre a pour but d'enseigner à ceux qui le liront l'éventualité de la présence inopinée d'un rein, et de les déterminer à adopter le modus faciendi le plus propre à ne pas compromettre sans recours sa vitalité avant que de l'avoir reconnu.

Dans les développements qui précèdent, nous nous sommes tenu à l'hypothèse de rein ectopique *sain*. Mais le rein peut-être malade pour son propre

compte, indépendamment de toute affection utérine ou péri-utérine. Alors ses lésions, quelle que soit d'ailleurs leur nature (calculose, hydro ou pyonéphrose, tuberculose, cancer...) amèneront des symptômes subjectifs dont la localisation pelvienne provoquera un examen vaginal. Dans ces conditions, le médecin songera d'autant moins à incriminer le rein que celui-ci, sous l'influence de lésions plus ou moins déformantes, aura perdu tous les caractères physiques qui auraient pu le faire reconnaître. D'ailleurs la gravité, l'aggravation, ou simplement le statu quo prolongé des accidents décideront une intervention chirurgicale, en général la laparatomie, qui fera la lumière sur la cause obscure du mal.

Ceci sera encore bien plus vrai s'il y a concomitance de lésions rénales et de lésions annexielles amenant un ensemble complexe de troubles, qui presque toujours aboutiront à une laparatomie, au cours de laquelle le doigt et l'œil du chirurgien feront le départ entre ce qui revient aux organes génitaux et ce qui relève du rein.

Si nous voulions exprimer en quelques mots la conclusion qui se dégage des considérations un peu longues qui précèdent, nous dirions :

En l'occurence d'une ectopie rénale pelvienne, rien ne sera plus facile et plus excusable qu'une erreur de diagnostic commise au cours de l'examen; ce qui, après les enseignements de Mundé et de Goullioud, serait impardonnable, ce serait l'imprudente brutalité de manœuvres opératoires aboutissant à la nécessité d'une néphrectomie.

III

De l'ectopie intra-pelvienne du rein en obstétrique

Voici, dans le numéro du Lyon Médical du 25 mai 1895, les commentaires dont nous faisions suivre l'exposé de notre observation personnelle d'ectopie rénale pelvienne. (Voir obs. I de la Thèse.)

« On ne conçoit pas que la présence anormale d'un rein dans un bassin mâle, ou dans un bassin féminin en dehors de la gestation, puisse se manifester par une gêne fonctionnelle quelconque : il reste encore, dans l'excavation pelvienne, un espace libre ou développable assez large pour s'accomoder d'une dilatation même excessive du rectum et de la vessie, laquelle d'ailleurs se distend surtout au-dessus du détroit supérieur. Mais en sera-t-il de même chez la parturiente quand la tête fœtale exige, pour opérer normalement son engagement et sa descente, l'intégrité de tous les diamètres du bassin. » Et cherchant la solution de ce problème d'obstétrique avec les données anatomiques de notre observation, nous ajoutions :

« Nous supposons cette enfant devenue adulte et arrivée au terme d'une grossesse normale. L'épaisseur d'un rein d'adulte est de 3 cm. Le rein ectopique dont nous nous occupons est placé à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit du bassin ; en raison de son orientation non perpendiculaire,

mais oblique par rapport à ce diamètre qui le rencontre suivant un profil plus considérable que son épaisseur minima, c'est un raccourcissement de 3 cm. 1/2 au moins qui en résulte pour ce même diamètre oblique droit. Tout engagement de la tête en OIGP ou en OIDA est donc impossible ; si la tête s'obstine dans l'une de ces deux positions, il en résultera probablement un rejet de la tête dans la fosse iliaque droite et une présentation de l'épaule. Nous verrons plus loin que cette hypothèse s'est justifiée par des faits réels. — Plus probablement encore, devant l'obstination de l'obstacle, la tête abandonnera le diamètre obstrué pour s'offrir au détroit supérieur en OIGA ou en OIDP, suivant le diamètre oblique gauche libre. Mais la situation ne sera pas pour cela sauvée, puisque le rein, à cheval sur le promontoire, rétrécit le diamètre conjugué (auquel il présente son épaisseur minima) d'au moins 23 à 25 millimètres.

En outre, il n'y a pas seulement rétrécissement au détroit supérieur, mais un véritable rétrécissement canaliculaire, par suite de l'enclavement profond du rein dans le petit bassin. — Toutefois, pour mettre les choses au mieux, faisons abstraction de ces dernières difficultés, et admettons que, par un long travail de tassement du rein qui lui fait obstacle, la tête réussisse à franchir le détroit supérieur : croit-on que ce passage forcé se fera sans éclatement de la substance rénale comprimée contre la symphyse sacro-iliaque ou sur le coin pénétrant du promontoire ? »

Examinons maintenant le problème d'une façon plus générale. Nous devons envisager une série de cas différents, allant du plus simple au plus compliqué.

A. Le bassin osseux est normal.

1° Le *rein est inclus très profondément* dans l'excavation pelvienne, de façon à n'obstruer aucun des diamètres du détroit supérieur. A moins d'un volume exceptionnel du rein, qui, arrêtant dans sa descente le point le plus déclive de la partie qui se présente, ne permettrait à aucun point de la circonférence de présentation d'arriver jusqu'au plan du détroit supérieur, l'engagement de la tête se fera sans difficultés de la part de l'ectopie rénale. Seuls la descente et le dégagement pourront être gênés et ralentis, puisque le rein occupe une partie de l'excavation ; mais ici l'on conçoit assez facilement que le rein puisse être tassé sans trop en souffrir sur le plancher du périnée ou se dérober en partie du côté de l'échancrure sciatique, en forçant l'élasticité des ligaments sacro-sciatiques.

Les considérations qui précèdent expliquent que la femme observée par Munde ait pu avoir un accouchement normal : le rein pelvien était si bas situé que l'on avait beaucoup de difficulté à l'atteindre par le palper hypogastrique. De même et pour les mêmes raisons, la femme qui fait le sujet de l'observation de Hohl avait eu deux accouchements laborieux, mais terminés heureusement.

2° Le *rein est logé dans le sinus sacro-iliaque*, rac-

courcissant le diamètre oblique de nom opposé (rein gauche, diam. obliq. droit) de toute son épaisseur, soit 2 1/2 à 3 cm. C'est trop pour qu'une tête fœtale de volume ordinaire — supposée orientée suivant ce diamètre — puisse s'accomoder aux 9—9 1/2 cm. qui lui restent.. Il est vrai que la tête essayera de tourner la difficulté en prenant l'attitude de flexion, c'est-à-dire en substituant au diamètre occipito-frontal (12 cm) le diamètre sous-occipito-frontal (11) ou même le sous-occipito-bregmat. (9 1/2). Cette manœuvre sera très souvent insuffisante, parce que, le plus habituellement, nous l'avons déjà dit, le rein présente au diamètre oblique du bassin une épaisseur se marquant par des chiffres supérieurs à ceux de son épaisseur minima. — Evidemment, dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire : si le parenchyme rénal est souple, s'il se laisse tasser, si surtout c'est l'extrémité supérieure, et non la partie moyenne du rein, qui corresponde au diamètre oblique du bassin, facilitant ainsi le refoulement possible de haut en bas ; si enfin on a affaire à une tête souple, se modelant bien, l'obstacle pourra être franchi, après un travail long et laborieux. Mais, d'autrefois, et le plus habituellement, croyons-nous, il n'en sera pas ainsi, l'engagement de la suture sagittale suivant le diamètre rétréci ne sera pas possible. Et alors le fœtus sera obligé de s'orienter autrement.

a) On bien il se présentera suivant l'autre diamètre, libre, et alors le rein, demeurant dans la zone d'inutilisation de l'aire du détroit supérieur, ne saurait plus être d'aucun obstacle dans l'engagement. Tout

ira bien désormais, *si la position est occipito-antérieure.* Si au contraire, c'est une *occipito-postérieure,* la difficulté n'est que retardée. On sait en effet que la rotation des occipito-postérieures, considérable puisqu'elle équivaut à 3/8 de cercle, commence avant l'engagement, afin de transformer cette postérieure en antérieure, à partir duquel résultat les choses marchent comme pour une position primitivement antérieure. Si, dans les conditions que nous étudions, cette rotation physiologique et habituelle se produit, elle n'aura d'autre effet que de ramener la suture sagittale dans le diamètre obstrué, et si elle ne se produit pas ou bien si elle se produit en arrière, à contre-sens de la normale, il en résultera une nouvelle variété de dystocie que nous ne pouvons ici que mentionner. (Cours du prof. Fochier.... 20 et 22 nov. 94).

b) — Ce qui arrivera, du reste, plus fréquement encore que cette orientatiou quelquefois favorable suivant le diamètre oblique libre, ce sera un rejet de la tête fœtale dans la fosse iliaque opposée à l'ectopie rénale ; en d'autres termes, une présentation de l'épaule. Comme démonstration expérimentale de la justesse de cette affirmation, nous n'en pourrions citer de plus entraînante que l'observation de Wilhelm Fischel, qu'on lira plus loin.

c) Ou bien la présentation ne sera plus céphalique c'est le siège qui se présentera.

d) Nous ne saurions dire si la présence d'un rein dans le pelvis peut amener une présentation de la

face : il est rationel de l'admettre, par analogie avec les autres rétrécissements du bassin.

3° — *Le rein, à cheval sur le promontoire,* sa moitié inférieure logée dans l'excavation sacrée, n'empiète pas sur le diamètre oblique, et *raccourcit seulement le diamètre pubio-sacré.* Dans ce cas, nous n'hésitons pas à dire que l'obstacle est plus grave encore que dans les conditions précédentes. En effet : 1° C'est le diamètre de beaucoup le plus important qui se trouve diminué de 2 à 3 centimètres, et là, à la différence du cas précédent, la présentation de la suture sagittale suivant le diamètre oblique droit ou suivant le gauche est indifférente. L'obstacle, forcémment compris dans l'aire d'utilisation du détroit supérieur, existe aussi bien pour l'une que pour l'autre des quatre positions ; 2° le rein ne pourra pas être comprimé aussi impunément que dans ses précédentes situations ; tassé contre l'angle sacro-vertébral, il est à redouter qu'il ne vienne s'y éclater.

4° *Le rein fait obstruction suivant deux diamètres à la fois, l'oblique et l'antéro-postérieur.* C'est là la situation du rein qu'on trouve la plus fréquente dans la série des observations que nous avons lues : on pourrait dire que c'est la situation de prédilection du rein intra-pelvien. Nous ne reviendrons pas sur l'exposé des conditions mécaniques qui créent la dystocie dans ces cas là, et que nous avons développés au commencement de ce chapître.

5° Généralement, le rein ne fait pas obstacle seulement au détroit supérieur ; il plonge en même temps dans le petit bassin, de sorte qu'il réalise les

inconvénients d'un rétrécissement pelvien canaliculaire et que, dans un seul et même cas, les trois temps de la progression du fœtus, engagement, descente et dégagement, peuvent à la fois se trouver compromis.

6° Telles sont les conséquences de l'ectopie rénale intra-pelvienne *unilatérale*. Il est bien évident que les inconvénients mécaniques de l'*ectopie bilatérale* dans la parturition seraient doublés, tout en restant soumis aux variations précédemment analysées relevant de la situation particulière de l'un et de l'autre des deux reins relativement à l'aire du bassin et à ses différents diamètres.

7° Enfin, nous avons jusqu'à présent supposé que tout se passait dans un bassin normal. Notre intention n'est pas d'envisager maintenant la dystocie complexe qui résulterait de l'association de l'ectopie pelvienne du rein avec les différentes affections ou malformations des organes pelviens maternels ; mais il rentre dans notre sujet de signaler ces viciations en elles-mêmes peu graves du bassin osseux, chez lesquelles une ectopie rénale vient causer une dystocie des plus graves, alors qu'elles n'eussent personellement abouti qu'à un travail plus laborieux ou à une indication d'application facile de forceps. Nous renvoyons le lecteur aux observations d'Albers-Schonberg et de Hüter. (observations XXXIII et XXXI).

On va trouver dans les observations qui suivent, la confirmation clinique des accidents obstétricaux occasionnés par l'ectopie intra-pelvienne du rein.

OBSERVATION XXXI

Cyphose lombo-sacrée. Bassin transversalement rétréci compliqué d'une tumeur (vraisemblablement le rein en ectopie) de la cavité pelvienne et d'ankylose du coccyx.

(E. Hüter. Zeitschrift für Gyn. u. Geburtsh. (1). T. V. 1880)

Le 18 mars 1878 entrait à la clinique obstétricale de Strassburg la nommée Marie Schott, couturière, de Marlenheim. La gravidique est étrangement petite (1m29), blême et frêle ; le ventre tombe fortement. Cyphose lombo-sacrée. Les anamnestiques quoiqu'un peu obscurs, relativement à l'origine de sa bosse, sont cependants assez intéressants.

Elle appartient à une famille de gens bien portants, apprit à marcher dans son 9me mois, et fut tout à fait bien portante jusqu'à 3 ans. A cette époque, à ce qu'elle raconte, elle tomba à terre des bras d'une garde, et ne put plus quitter le lit jusqu'à 10 ans. Elle se mit à souffrir de palpitations et de vives douleurs dans tous les membres; les extrém. inférieures enflèrent fortement et il se forma progressivemt dans le segment infér. de la colonne vertébrale une bosse très marquée, qui déjà à l'âge de 4 ans était devenue tr. accusée. De 10 ans à 20 ans, elle est restée bien portante; de 20 à 23, elle fut soignée trois fois à l'hôpital pour du rhumatisme articulaire aigu intense (une affection cardiaque fut déjà constatée à cette époque). Depuis 18 ans, elle est réglée régulièremt toutes les 4 semaines, assez abondam. et sans souffrances. Dernières règles oct. 77.

Ossature frêle ; musculature et pannicule adipeux maigrement développés ; marche en canne peu accusée. Dans l'attitude debout et dans la marche, les membres inférieurs se mettent fortemt en rotation en dehors; en abduction et en flexion légère sur les genoux, de telle sorte qu'ils ne peuvent

(1) Traduction de l'auteur.

se rejoindre, et que dans la position debout de la gravidique un certain espace reste entre eux, vers le bas ; en outre les pieds sont en forte abduction et se tiennent assez éloignés l'un de l'autre, ce qui lui procure une progression toujours sûre.

Les membres infér., qui, d'ailleurs, ne présentent pas de courbure anormale sont en surprenante disproportion avec le buste qui est pour ainsi dire affaissé dans le bassin, surtout en avant. Le thorax est assez bien en forme de tonneau sans marque de rachitisme.

La longueur des membres supérieurs contraste singulièrement avec celle du corps. Les bras ballants, les extrémités des doigts arriv^t au-dessous des genoux, de sorte que l'attitude de la gravidique présente qque ressemblance avec celle d'un singe. A remarquer encore que du côté des 2 mains, des traces persistent de ses rhumatismes ; les articulations phalangiennes des petits doigts sont gonflées et presq. compl. ankylosées.

A l'examen de la col. vertébrale, on est aussitôt frappé par une forte cyphose lombo-sacrée à angle obtus, dont le sommet répond à l'apophyse épineuse de la 4e V. L., dont le côté sup. est formé par l'apophyse épineuse des 1re, 2e et 3e V. L. et le côté inférieur par l'apophyse épineuse de la 5e V. L. et la partie supérieure du sacrum, L'extrémité sup. du sacrum est assez fortem^t repoussée en arrière ; sa surface post. est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant et est un peu plus courte que dans les proportions normales.

La colonne dorsale forme dans son segment inf. une légère courbure (lordose) de compensation et dans son extrémité supérieure une légère scoliose, dont la convexité regarde à droite A hauteur de la pointe du coccyx se trouve une cicatrice isolée, non adhérente à l'os, de la grandeur

d'une fève. Les apophyses épineuses sont au complet. Sur la gibbosité, elles sont faciles à délimiter et à préciser, sur la partie lordosée de la colonne dorsale, leur appréciation est un peu plus difficile. La flexion et l'extension de la colonne dorsale ne sont pas le moins du monde empêchées; là, les épines se meuvent facilem^t les unes sur les autres. Au contr. la forme de la gibbosité reste dans ce mouvement invariablem^t la même, et de même l'écartement entre les différentes épines. Le coccyx est compl. ankylosé avec l'extr. infér. du sacrum. A la pression on ne provoque nulle part de la sensibilité.

L'auteur expose ici des mensurations très précises qui ont pour but de démontrer que le bassin n'était pas un pelvis obtecta, comme cela résulte parfois d'une lordose extrêmement accusée.

Le bassin est de moyenne grandeur. L'os iliaque est dur et mince. L'inclinaison du bassin est minime. Dans la position verticale de la femme, la symphyse est assez verticale ; elle est légèrement proéminente en avant, et haute de 45^{mm}. Périmètre du bassin 84 cm. La vulve regarde fortement en avant.

Fosse iliaque, assez plate. Crête iliaque peu recourbée; la gauche un peu plus haute que la droite. L'arcade costale est de chaque côté toute proche de la crête iliaque en sorte qu'il en résulte à gauche comme à droite un sillon net parallèle à la crête.

Les dimensions du bassin sont :

Distance entre les épines	24.5
» » les crêtes	27.5
» » bitroch.	27.5
Conj. externe	18.5

Les diamètres du détroit du bassin et du détroit inférieur

après la correction connue des mensurations obtenues avec le compas d'épaisseur de Mathieu, sont les suivants :

Diam. antéro. post. du dét. du bass. 9, 2 au lieu de 11,5
Diam. transv. du dét. inférieur 9, 4 » 11
Diam. ant. post. du dét. infér. 9, 3

Le diamètre transv. du dét. inf. est raccourci de 1.5 cm ; l'antéro. post. du dét. sup. et aussi, par le fait de l'ankylose du coccyx avec le sacrum, le diam. ant. post. du dét. inf. sont raccourcis chacun de 2 à 2.5 cm.

Ventre très pendant qui recouvre complètement les parties génitales externes. — Peu de vergetur. Le nombril est situé au point le plus déclive ; une horizontale tirée par lui partage la voussure du ventre pendant en une moitié supérieure et une inférieure. L'ombilic est étalé. Les régions inguinales et les parties qui se trouvent au-dessus du mont de Vénus, sont fortement rougies par la pression du ventre prolabé. La distance entre l'appendice xiphoïde et le bord supérieur de la symphyse est, avec le compas d'épaisseur, de 11 cm. et avec le ruban métrique de 25 cm. Périmètre de l'abdomen 84 cm. Le fond de l'utérus est à égale distance de l'appendice xiphoïde et du nombril. On ne sent pas les petites parties. Une résistance plus grande, qui pourrait être interprêtée comme une partie fœtale, se trouve au-dessous de l'ombilic. Fluctuation minime, mais nette. La percussion donne une figure ovale de matité et latéral, à gauche comme à droite, la sonorité tympanique de l'intestin. Ni bruits du cœur ni souffle utérin perceptibles.

L'examen interne est très difficile, parce que le vagin est très tendu et étroit, et que l'anesthésie au chlorofrome n'est pas possible en raison d'une forte insuffisance mitrale. La ligne innominée se poursuit assez droit vers la partie postérieure ; on ne réussit pas à arriver avec certitude sur le promontoire. (Conj. diagon. 11,8 — 12 cm.).

La ligne innominée ne pouvait être que mal suivie du côté des ligaments interarticulaires, et l'état de l'articulation sacro-iliaque mal constaté. La concavité du sacrum de haut en bas est peu accusée ; sa concavité de gauche à droite ne pouvait pas être exactement appréciée, à cause de la présence d'une tumeur dans la cavité pelvienne.

Cette tumeur a la forme et la grosseur d'un rein. Sa consistance et sa surface rappellent la consistance et la surface de cet organe. Son axe longitudinal s'étend de haut en bas et de droite à gauche ; son bord convexe regarde en haut et à gauche ; son bord concave en bas et à droite. Ce dernier est constitué comme un hile. De ce hile part un cordon, qui renferme un vaisseau fortement pulsatile et se laisse poursuivre sur une grande étendue à droite et en bas.

L'extrémité inférieure de la tumeur se trouve à 2 3 cm. à gauche de la ligne médiane, à hauteur de la 4e vertèbre sacrée, est assez sensible à la pression et mobile un peu dans la direction de gauche à droite.

Son extrémité supérieure se trouve à hauteur du promontoire. assez bien sur la ligne médiane, elle est moins nettement délimitable, plus sensible à la pression, et absolument immobilisable. La membrane séreuse glisse facilement sur la tumeur : entre elle et la tumeur passe assez transversalement un petit vaisseau. On arrive par le vagin, et plus facilement encore par le rectum, à pénétrer commodément à une hauteur de 6 à 8 cm. entre le sacrum et la face postérieure de la tumeur, et à sentir derrière celle-ci un vaisseau fortement pulsatile, environ du calibre de l'iliaque commune. Il communique ses battements à la tumeur. La vessie n'est pas déplacée ; l'extrémité inférieure du rectum est un peu repoussée à gauche. La distance entre le bord inférieur de la symphyse et l'extrémité inférieure de

la tumeur est de 8, 5 ; entre le bord inférieur de la symphyse et l'extrémité supérieure de la tumeur, 9, 5.

La nature de la tumeur reste incertaine malgré des examens répétés. On pensa à un anévrysme, à une ectopie rénale, ou à une ancienne poche purulente rétractée ; la première hypothèse pouvait être éliminée aussitôt, par ce fait qu'on avait reconnu les pulsations comme transmises.

En raison du léger retress^t. du détroit inférieur, de la présence d'une tumeur de nature indéterminée, qui rétrécissait assez la cavité pelvienne d'avant en arrière, et comme au cours d'avril et de mai survinrent de l'oppression et de fortes palpitations, l'accouchement prématuré artificiel fut résolu, et le moment en fut fixé pour fin mai, environ la 33e semaine de la grossesse. Dans ce but, M. le Professeur Gusserow avait jadis recours dans cette clinique régulièr à la méthode de Tarnier. Dans ce cas, il voulut de nouveau essayer l'action de la douche chaude à 40° R., qui s'était montré quelques mois auparavant comme très propre dans la provocation de l'accouchement prématuré artificiel dans un cas de bassin spondylolisthésique.

22 mai. — Le soir, bain ; là-dessus 2 injections vaginales tièdes désinfectantes.

23 mai. — à 10 h. du matin, 1re douche vaginale chaude (40°) — à 10 h. 1/2 du matin, premières contractions. — à 1 h. apr. midi, le col est ramolli et l'orifice externe aisément, se laisse franchir par le doigt, Jusqu'à 8 h. du soir, la parturiente reçut encore 6 douches chaudes. Faibles douleurs toutes les 8-9 minutes. Les petites lèvres sont tuméfiées et tr. douloureuses au palper.

24 mai. — Nuit tranquille, pas de douleurs. D. le cour. du jour, 5 douches chaudes. Douleurs tr. rares. Pas de changem^t du côté du col. Dans les 3 dernières douches la températ. du

être abaissée de 2 degrés, à cause de la sensibilité croissante.

25 mai. Nuit calme : pas de douleurs. A midi, introduction d'un ballon de Tarnier. A 1 heure on le trouve dans le vagin, à 2 heures introduction d'un second ballon, à 5 heures premières douleurs. A 6 heures, le ballon éclate pendant une tentative pour le gonfler davantage. Un 3e ballon éclate pareillement. A 7 h. introd. d'un 4e ballon. — A partir de 9 h. du soir, toutes les 8-10 minut. violentes douleurs d'une durée de 25-35 secondes. Col plus court. Dilatation à 1 mark. Présentation d'une grosse partie.

26 mai. Faibles douleurs pendant toute la nuit. Aucun ballon n'est plus introduit. D. le cour. de la journée les douleurs sont tr. rares. A 10 h. soir, légère dyspnée. Fréq. des respirat. 38. ; temp. 37,8. Pouls 120. Administrat. de 2 gr. de chloral.

27 mai. — Depuis 1 heure du matin, fortes douleurs, à 8 heures du matin, le col est effacé et la dilatation à 1 thaler. A 11 3/4 du matin, elle est presque complète ; la poche des eaux bombant jusqu'à l'entrée du vagin éclate. Par le décubitus de la parturiente sur le côté droit et l'application d'une ceinture eutoxique, on amène finalt. une orientation de la tête à droite. A 4 h. du soir la tête est encore haute au-dessus du détr. supérieur ; temp. 38°, pouls 120. Bain à 29° de 25 minutes. Là-dessus, fortes douleurs, qui ds. l'espace d'une 1/2 heure poussent la tête profondém. dans l'excavat. pelvienne. A 6 h. 10 accouch. en seconde position du crâne d'un enfant du sexe masculin en état de profonde asphyxie, que le traitement ramène bientôt à un vigoureux cri. Ds. l'espace d'1 heure, la tête avait triomphé des 2 obstacles que lui présentaient la tumeur et le détr. inf. du bassin. On ne pouvait constater des lésions externes ni du côté de la tête de l'enfant, ni du côté des voies génitales.

On ne put pas déterminer si la tête s'était présentée au détroit supérieur en 3e position.

Sur le pariétal gauche est une grosse bosse sanguine.

Les mensurations de la tête sont les suivantes.

Petit diamètr. transversal	6 5
Grand.	8
Diam. antér. port. . .	10
Grand diam. oblique . .	11
Circonf. de la tête. . . .	31

Le poids et la taille (1750 gr. 41 cm. 5) correspondent au 9e mois de la grossesse.

L'enfant mourut 24 heures après l'accouchement.

L'autopsie montra : une forte atélectasie des poumons et de nombreux infarctus de l'étendue d'un 1/2 mark à un mark sur la convexité du cerveau et à la base du crâne, en outre une vive rougeur de la pie-mère; en somme un état qui témoignait de l'assez forte compression à laquelle la tête avait été soumise.

Suites de couches normales.

Nous pouvons dans notre cas rapporter avec beaucoup de vraisemblance l'origine de la cyphose lombo-sacrée à une arthrite vertébrale, causée par la chute arrivée à l'âge de 3 ans. Contre l'idée d'une carie primitive de la colonne lombaire s'élève la forme régulièrement arrondie de la gibbosité aussi bien que la présence de quelques autres affections osseuses (du côté du coccyx et des phalanges) qui doivent certainement être attribuées à une inflamation articulaire primitive. En tout cas, l'influence de cette cyphose sur la forme du bassin fut très fortement combattue par le décubitus dorsal que la patiente dut conserver pendant environ 7 ans.

Ainsi, d'après les raisons ci-dessus indiquées, la tumeur intra-pelvienne ne pouvait être considérée que comme une

ancienne poche purulente rétractée ou comme un rein en ectopie. Dans la première hypothèse, c'est l'affection de la colonne vertébrale qui aurait donné naissance à un abcès par congestion, lequel, au lieu de glisser le long du muscle psoas, aurait directement filé dans le tissu cellulaire de l'excavation sacrée, comme on l'a observé déjà quelques fois, lorsque le siège de l'affection se trouvait au voisinage du promontoire ou sur le promontoire lui-même. Nous inclinions d'autant mieux à l'admettre que dans les premiers examens le volume et la forme de la tumeur ne rappelaient pas tant un rein qu'en effet une ancienne collection purulente avec contours réguliers et de légères bosselures. La régularité des contours se trouve indiquée dans quelques observations et dans Follin (Trait. Path. ext. tome III, p.677) est figurée une semblable tumeur. Quelques mois plus tard, lorsque nous eûmes l'occasion d'examiner plus souvent la tumeur et d'en mieux fixer les limites, nous revînmes complètement de cette opinion, car avec les détails alors reconnus, la tumeur était évidemment un rein.

Comme les déviations de la colonne vertébrale occasionnent des déplacement des viscères et surtout du foie et des reins, il est certainement légitime dans notre cas de considérer la cypho-scoliose lombaire à gauche comme la cause productrice d'une telle ectopie. Cependant je ne trouve cette dernière signalée dans aucun des bassins cyphotiques jusqu'ici décrits.

Une anomalie des organes génitaux, qui a été observée quelques fois dans le déplacement des reins, n'existait pas ici. Si, dans notre cas, le rein s'est abaissé si profondément, c'est vraisemblablement pour la raison que le bassin lui présentait un espace relativement grand.

Nous n'arrivâmes pas, par la palpat. bimanuelle, à sentir les reins à travers les parois abdominales : cepen-

dant la percussion de la région rénale gauche nous donna une légère sonorité tympanique. Cet état de choses, aussi bien que la direction de l'axe longitudinal du rein dans le petit bassin parlent évidemment en faveur d'une ectopie du rein gauche.

Une simple pression sur la tumeur ou des mouvements imprimés latéralement étaient assez douloureux; la compression simultanée de son extrémité infér. entre deux doigts dans le rectum et le vagin provoquait les plus vives douleurs

Le vaisseau qui du hile se portait à droite, c.-à-d. vers la ligne médiane, était très facile à comprimer contre le sacrum, beaucoup plus facilem. encore comprimé entre deux doigts placés dans le rectum et dans le vagin : alors la portion comprise entre les doigts compresseurs et le hile était absolument dépourvue de pulsations.

Cette observation éminemment intéressante mérite une courte, mais importante critique. Si la nature rénale de la tumeur pelvienne est hors de conteste, nous ne saurions accepter l'interprétation de Hüter la considérant comme une ectopie acquise liée à la cypho-scoliose lombaire. Le profil très exact de la colonne vertébrale qu'il a lui-même construit d'après les mensurations les plus rigoureuses, indique une déformation rachidienne absolument incapable même d'abaisser l'extrémité inférieure du rein jusqu'au niveau du promontoire.

L'auteur n'en paraît pas d'ailleurs très fortement convaincu, et il a le soin d'ajouter qu'une semblable ectopie n'a jamais été signalée dans les bassins cyphotiques. Pour tout lecteur qui aura suivi les termes de notre description anatomique, la fixité à

peu près absolue de ce rein, son inclusion pelvienne assez complète pour permettre de le saisir avec la plus grande facilité entre un doigt vaginal et un doigt rectal..... emportent la certitude qu'il s'agit bien là d'une ectopie congénitale. Et c'est pourquoi cette très belle observation de Hüter est tout à fait à sa place dans notre étude.

OBSERVATION XXXII

Rétrécissement du bassin par une petite tumeur (rein gauche). Accouchement prématuré artificiel. Résultat favorable pour la mère et pour l'enfant.

Par le Dr Wilhelm Fischel, assistant de la clinique obstét. du prof. Breisky (1)

(Prager medicininische Wochenschrift, 1885. n° 25)

Le 18 août 82, la femme Fanziska S..., âgé dé 37 ans, 4-pare, entrait à la clinique. C'était une personne de taille moyenne, fortement constituée, assez florissante, qui nous donna les renseiguement anamnestiques suivants :

Elle n'avait, à part une maladie fébrile à l'âge de 18 ans, jamais été malade. A 13 ans, apparition des premières règles. Celles-ci furent toujours régulières, de courte durée, d'une faible abondance.

Jusqu'à son mariage, c.-à-d. jusqu'à 30 ans, la menstruation s'accompagnait toujours de vives souffrances ; après le mariage elle cessa d'être douleureuse.

Le 1er accouchement eut lieu au commencement de 1878. L'enfant se présenta par l'épaule droite. La version et l'extraction furent très laborieuses, et amenèrent au monde un enfant mort.

Au 2e accouchement, en 1879, le fœtus se présenta par la tête et vint au monde vivant.

(1) Traduction de l'auteur.

Au 3e accouchement, fin 1880, il se présenta de nouveau en présentation transversale, on dut faire pour l'extraire la version interne. Dans cet accouchement, qui fut aussi très laborieux, le médecin qui intervint reconnut que l'obstacle principal était constitué par une petite tumeur située dans le bassin.

Les suites de couches se passèrent chaque fois sans incidents.

Les règles s'étant montrées pour la dernière fois en fin décembre 81 et un commencement de grossesse étant devenu probable, la patiente, sur les conseils de son médecin, vint consulter le professeur Breisky. Celui-ci constata également la présence d'une petite tumeur dans le bassin et lui recommanda de se faire accoucher avant terme. C'est conformé à ce conseil que la malade entra à la clinique, et je relevai, à la date du 18 août, l'état suivant :

Cette femme ne présente ni du côté des organes thoraciques, ni du coté du système digestif aucun phénomène pathologique. Le cours de la grossesse s'est fait jusqu'ici normalement ; les mouvements du fœtus ont été ressentis pour la première fois au commencement de mai. Aux extrémités inférieures sont d'abondantes varicosités, pas d'œdème. L'urine est jaune foncé, ne contient pas d'albumine.

L'examen du bassin montrait qu'il avait extérieurement des formes normales, et la mensuration donnait :

Distance des épines sup.....	23,2
— des crêtes.....	26,8
— des trochanters.....	31,1
Diamètre de Baudelocque.....	19,4

Le ventre était encore peu développé, les parois lâches. Autour de l'utérus, le palper abdominal ne trouve aucune tumeur. Le plus grand périmètre abdominal est au niveau

de l'ombilic et mesure 88 centimètres Distance de la symphyse à l'ombilic : 18,5 ; au fond de l'utérus 29,5.

Le fœtus se trouve en 2e position de la tête ; la tête est mobile au détroit supérieur, les bruits fœtaux sont vigoureux.

Les parties génitales externes présentent une déchirure cicatrisée peu importante de la commissure postérieure. Le vagin est large et lisse ; sa paroi postérieure fortement repoussée en bas.

La portion vaginale du col est médiane, fortement rapprochée de la paroi antérieure du bassin ; elle est courte, molle, déchirée des deux côtés, et accessible au doigt jusqu'à l orifice interne.

A l'exploration du bassin, on constate qu'il a les dimensions normales aussi bien suivant les diamètres antéro-postér. que suivant le diamètre transversal.

A la paroi latérale gauche du bassin, on sent battre de gros vaisseaux. A la paroi postérieure, et à gauche du promontoire, on sent une tumeur qui a le volume et la forme d'un petit rein.

Elle a une surface lisse, est un peu depressible mais ne présente pas de fluctuation. Son bord inférieur convexe descend jusqu'à la grande échancrure sciatique ; son bord supérieur est concave et a la forme d'un hile. Dans ce dernier on trouve un vaisseau qui bat sous le doigt.

Le diamètre d'épaisseur de la tumeur est évalué à environ deux cent. Latéralement, elle n'arrive pas tout à fait jusqu'à la région correspondant à la cavité cotyloïde. Une tentative de mobilisation de la tumeur est très douloureuse et demeure, comme toutes les tentatives analogues qui suivirent, complètement sans résultats. Le toucher rectal montre que la tumeur siège entre le rectum et le vagin, qu'elle est so-

lidement fixée à son pourtour, et qu'une réduction est tout à fait impossible.

Quand tout d'abord, faisant abstraction de la question de savoir de quelle nature était la petite tumeur fixée dans le bassin, nous nous posâmes l'intéressante question :

Peut-elle offrir un obstacle sérieux à l'accouchement? il nous parut presque qu'une si petite tumeur située dans l'excavation pelvienne pouvait difficilement, dans un bassin tout à fait normal, consituer un empêchement important à la progression de l'enfant.

C'est dans ce sens qu'il fallait sans doute interpréter ce fait que le second enfant était venu au monde par le sommet, spontanément et vivant. Mais, après plus mûre réflexion, nous inclinâmes à une opinion tout opposée. En faveur de cette dernière parlait ce fait, compté parmi les plus rares exceptions dans les bassins normaux, que, auparavant, le premier enfant s'était présenté par l'épaule, et qu'au 3e accouchement cette complication défavorable s'était renouvelée. Ces présentations de l'épaule pouvaient bien s'être produites par suite de cette circonstance, que la tumeur située dans le bassin s'opposait à l'engagement de la tête fœtale, laquelle était alors obligée de se rejeter dans la fosse iliaque. En faveur d'une disproportion mécanique résultant de la tumeur étaient les renseignements fournis par le médecin qui avait pratiqué le troisième accouchement. Si, par les voies génitales tout à fait lâches d'une multipare, l'extraction rencontre de grandes difficultés, cela signifie toujours un rétrécissement du bassin.

Dans notre cas, où le bassin osseux se montrait de dimensions normales, ce rétrécissement ne pouvait être rapporté qu'à la petite tumeur. Qu'entre les deux accouchements malheureux s'en soit intercalé un favorable, ce fait s'ex-

pliquait peut-être par un développement moindre du second enfant.

Lors donc que le rétrécissement du bassin eût été reconnu, nous dûmes nous demander comment nous pratiquerions l'accouchement prochain. Après constatation de la fixité de la tumeur, on ne pouvait songer à une réduction de celle-ci, ainsi que nous l'avions antérieurement pratiqué quatre fois avec succès sur des tumeurs mobiles de l'ovaire. Une ponction ou une incision de la tumeur pendant l'accouchement parut devoir être complètement repoussée, car sa consistance pâteuse particulière s'opposait à l'idée de lui supposer une nature kystique. Attendre la fin normale de la grossesse, s'inquiéter d'obtenir la fixation correcte de la tête par des manœuvres externes, résoudre par l'extraction avec les fers les difficultés mécaniques qui pourraient malgré tout se produire : C'était là un projet qui aurait peut-être pu se réaliser. Mais il demandait une condition irréalisable, à savoir la présence de la patiente à l'hôpital et la surveillance constante par un accoucheur de l'attitude de l'enfant. Du reste, même dans de telles conditions, on ne pouvait prédire le succès avec une réelle assurance. Un trop considérable développement de l'enfant pouvait augmenter la disproportion au point de rendre indispensable la réduction de la tête par craniotomie.

Aussi l'accouchement prématuré artificiel devait-il être considéré comme la meilleure méthode pour obvier à toutes les difficultés. Comme la disproportion ne paraissait pas trop considérable, je choisis comme moment convenable la 35me semaine de la grossesse. De toutes les méthodes, la ponction de la poche me parut en l'occurence la mieux indiquée. Dans les cas où n'existe qu'un obstacle mécanique peu important, elle n'offre que des avantages, et pas de dangers. Avec une seule intervention, le travail est sûre-

ment obtenu, comme cela se passe encore seulement avec la méthode de Cohen. Mais. sur cette dernière, l'autre a l'avantage de ne pas exposer au danger d'une embolie.

Le 26 août, existait une présentation du siège qui fut convertie en présentation de la tête par manœuvres externes.

Le 27 août, à 9 heures 3/4, après constatation de la présentation du sommet, on fit la ponction de la poche. Le vagin fut désinfecté par une abondante irrigation de sublimé à 1/1000, puis, sous la direction des doigts, les membranes furent percées avec une aiguille à tricoter bien flambée. Pendant et après, la tête fut maintenue dans sa situation par les mains d'une sage-femme. La patiente, qui, depuis le commencement de la petite opération, était restée tranquillement dans le décubitus dorsal, commença à éprouver les premières douleurs seulement 58 heures environ après, c'est-à-dire le 29 août, à 8 heures du soir. Elles étaient encore très faibles et très rares.

Un examen fait dans la matinée du 30 août montra que, malgré ces faibles douleurs, l'effacement et la dilatation du col se faisaient bien. Celui-ci était en forme d'entonnoir; l'orifice interne a plus d'un thaler, l'externe plus étroit.

La tête était encore au-dessus de l'orifice interne ; à sa partie postérieure, le bras droit du fœtus était procident. J'en fis la réduction et je fis de nouveau maintenir la tête pendant quelques heures, par manœuvres externes. Dans le cours de la matinée les douleurs cessèrent presque complètement. Je donnai un grand bain tiède, au sortir duquel les douleurs devinrent plus fortes.

A 4 heures 3/4 de l'après-midi, au toucher, tout était comme le matin ; on sentait au palper la tumeur dans toute son étendue au-dessus de la tête.

A 6 heures 3/4, sous l'influence de contractions énergiques, la tête s'engage dans le col dilaté et au détroit supé-

rieur. De la tumeur on ne peut plus sentir que le bord inférieur.

L'enfant était une fille, longue de 44 cm. pesant 2455 gr. avec une tête de développement moyen, dont les mensurations étaient :

Diamètre bitemporal.....	7,3		
— bipariétal.....	8,2		
— fronto-occipital...	10,7	Circonf..	31,6
— mento-occipital...	11,7	—	34,3
— sous-occip. bregm.	8,7	—	27,9

Les sutures étaient étonnamment serrées, et comme indice que l'expulsion du fœtus ne s'était pas faite sans résistance, il y avait chevauchement du pariétal antérieur (gauche) sur le postérieur (droit).

Les suites de couches furent tout à fait normales.

La femme nourrit son enfant elle-même, et celui-ci, huit jours après la décroissance normale des premiers jours, (au 1er septemb., 2330 gr.) avait rattrapé son poids primitif.

Au dernier examen, pratiqué le 7 septembre, nous trouvâmes la tumeur sans changement comme forme et comme volume, fixée dans la même situation à la paroi postéro-latérale du bassin.

Pour finir, je voudrais me permettre encore quelques considérations touchant la nature de la tumeur. Le diagnostic différentiel doit, d'après les signes plus haut signalés, se restreindre aux tumeurs de l'ovaire, ou de la trompe, et à un rein en ectopie fixe. Parmi les tumeurs de l'ovaire, un fibrome mou ou un kyste dermoïde à parois très épaisses pourraient seuls retenir notre attention. Tous deux pourraient certainement simuler la forme particulière du rein. Cependant contre cette hypothèse s'élève ce fait que la tumeur dûment constatée au dernier accouchement, c'est-

à-dire depuis 21 mois, est restée sans modifications, sans croître et sans causer quelques inconvénients. Etant donnée la fixité actuelle de cette masse, une tumeur ovarienne n'aurait pu devenir soudée ainsi à la paroi postérieure du bassin que par des adhérences inflammatoires dont le développement comporte généralement des symptômes nets, douleurs, métrorrhagies, etc... Rien de semblable n'avait jamais existé. La même raison s'élevait contre l'hypothèse d'un hydro ou d'un pyosalpinx, dont le développement et la *fixation* aboutissent, on le sait, le plus souvent à de très graves symptômes.

A la suite des traumatismes qui résultent d'un accouchement laborieux, les tumeurs de cette espèce réagiront ordinairement par le réveil d'une inflammation éteinte. Mais notre tumeur a au contraire supporté sans réaction le traumatisme du dernier accouchement laborieux. Comme ensuite, pour expliquer la position transversale du premier accouchement, nous pouvons admettre la présence de la tumeur dès cette époque là, il s'ensuit que c'est une tumeur stationnaire, ne s'accroissant pas. De plus, sa forme particulière, la constatation au toucher d'une artère dans son hile autorisent bien l'opinion qu'il s'agit d'un rein et d'un rein en ectopie fixe.

OBSERVATION XXXIII

Un cas de rupture utérine par ectopie congénitale du rein gauche faisant obstacle à l'accouchement, par Albers-Schonberg, médecin assistant à l'hôpital général de Hamburg.

(Centralblatt für Gynakolog, 1894, n° 48) (1)

Femme qui s'est toujours bien portée jusqu'à présent. Elle a eu antérieurement deux accouchements.

(1) Tradution de l'auteur.

Le premier sans intervention de médecin, fut laborieux et dura, à l'en croire, trois jours : l'enfant était à terme, mais mort. Couches normales comme suites.

Le deuxième accouchement fut de même laborieux et très long. Aucune intervention. L'enfant était à terme et vivant. Suites normales.

Le 27 août 94, à 2 heures du matin commencèrent à apparaître des douleurs faibles, toutes les demi-heure. A 6 h. 1/2, la sage femme fut appelée et constata une présentation du crâne et une dilatation du col à 10 pfenning.

A 10 heures du matin les douleurs devinrent un peu plus fortes. Bruits du cœur perceptibles.

A 18 h. 3/4, issue des eaux, après quoi on n'entendit plus les bruits du cœur fœtal.

A 1 h. après-midi fortes douleurs expulsives, la malade commence à s'agiter et à se retourner en tous sens dans son lit.

A 3 h. le col était complètement dilaté.

A 3 h. 3/4, l'activité des contractions se suspendit tout d'un coup au beau milieu d'une douleur.

A partir de ce moment, les doulenrs ne revinrent plus.

A 4 h. 1/2, un vomissement se produisit.

Le médecin appelé auprès de la malade à 4 h. 3/4 la trouva en collapsus assez accusé, avec un pouls petit, à 136 à la minute, un faciès abdominal, le ventre sensible à droite.

La malade était très anxieuse, disant qu'elle sentait bien qu'elle allait mourir.

A l'exploration, on trouva la tête dans la fosse iliaque droite, à côté d'elle la main droite et une portion du cordon ombilical. La tête avait passé en majeure partie à travers la déchirure entre le vagin et l'utérus.

A 5 h. 1/4, après désinfection complète, on fit sous anesthésie la version, l'extraction de l'enfant, et la délivrance

manuelle : le placenta était situé à la paroi antérieure de l'utérus. Pendant les manœuvres faites pour l'amener, la main fut poussée dans la cavité abdominale au milieu des intestins.

La déchirure se sentait juste au-dessus des limites supérieures du vagin, dans la partie antérieure de l'utérus ; elle avait une direction transversale.

Après l'accouchement l'utérus se rétracta bien ; pas d'hémorrhagie par le vagin.

Etat de l'énfant : Fille à terme, morte, de grandeur normale, d'un poids évalué à 3,500 gr. Placenta complet et intact.

La malade fut, aussitôt après l'accouchement, transportée au nouvel hôpital général.

C'est une femme de grandeur moyenne, de constitution vigoureuse et d'une santé générale bonne.

Le teint est sain, les muqueuses pas anémiées.

Le pouls est régulier, égal, un peu mou, 104 à la minute.

La respiration est régulière, pas accélérée.

L'urine, émise spontanément, ne contient pas d'albumine.

La matité précordiale se distingue facilement de la sonorité pulmonaire. Du reste rien d'anormal ne se montre du côté des organes de la circulation ou de la respiration.

La peau de l'abdomen présente d'anciennes vergetures ; la ligne blanche est pigmentée, le ventre est un peu ballonné, mais partout souple. Le fond de l'utérus arrive à hauteur de l'ombilic.

On trouve un peu de résistance légèrement douloureuse à la pression à droite à côté de l'utérus.

Lochies normales.

La malade ne se plaint pas. Son état général est rela-

tivement bon, et surtout pas de signes de collapsus ou d'hémorrhagie grave.

Comme l'état général était relativement bon, comme en outre le pouls 104 à la minute, ne s'aggravait pas qualitativement dans la première heure, comme enfin les symptômes d'une hémorrhagie manquaient absolument, on conjectura qu'il ne s'agissait peut-être que d'une déchirure incomplète, au-dessus de laquelle le péritoine repoussé n'était pas intéressé, et que la cavité abdominale pouvait ne pas être ouverte.

Si d'autre part on admettait l'existence réelle d'une déchirure complète, on pouvait parfaitement supposer que des caillots déjà formés s'opposaient à toute hémorrhagie, que ces caillots avaient résisté aux secousses du transport à l'hôpital et qu'on pouvait en espérer une guérison définitive, si la malade échappait à la péritonite. C'est ensuite de ce raisonnement qu'on décida de soustraire la malade aux dangers d'une laparotomie.

Il était difficile de se prononcer sur la question du drainage de la cavité abdominale.

Supposé qu'il s'agit d'une rupture complète, le péritoine pouvait être déjà infecté : dans ce cas, il n'y avait que peu ou rien à attendre du drainage. Si au contraire l'infection ne s'était pas encore produite, il n'y avait pas, étant donné les caillots existants, indication d'aller les détacher avec un drain, de donner ainsi matière à une hémmorrhagie et de créer une communication de la cavité péritonéale avec l'extérieur.

Pour ces raisons, le traitement fut d'abord purement symptomatique.

La marche fut d'abord favorable. Le malade dormit pendant la nuit, cependant fréquemment réveillée par de pénibles douleurs comme on en a après un accouchement.

A la fin du premier jour, eut lieu une fois un vomissement. Mais les autres phénomènes de la péritonite manquaient. Le ventre n'était pas véritablement ballonné, le pouls était relativement bon, 104 à la minute ; la température entre 36,2 et 37,5.

Pendant la nuit, et dans le cours du jour suivant, se multiplièrent des vomissements de liquides verdâtres. Les plaintes devinrent plus vives des douleurs déjà mentionnées, l'abdomen plus tendu, le pouls plus rapide, 120.

Température : 37,6.

Alors le soupçon se présenta d'un étranglement de l'intestin dans la rupture, on fit une exploration attentive par le vagin, qui ne révéla aucune anse intestinale prise dans la fissure.

La 3e nuit fut très mauvaise. Des vomissements très abondants, une forte tension de l'abdomen maintenant considérablement ballonné confirmaient le diagnostic de péritonite.

Dans le courant du jour les souffrances s'amendèrent sous l'influence des narcotiques ainsi que les vomissements. Pouls à 120. Temp. 37.8.

La 4e nuit se passa dans de vives souffrances, sans vomissements ; jusqu'au soir du même jour, pas de vomissements. Le pouls s'éleva à 144 ; la température ne dépassa pas 36°5.

L'abdomen était extrêmement ballonné et tendu. Eructations gazeuzes. L'urine fut tout le temps spontanément rejetée.

Dans la nuit survinrent des vomissements abondants et de violentes douleurs péritonéales.

Le matin du 5e jour, soudain des vomissements fécaloïdes ; abdomen très tendu et douloureux.

Pouls petit, 132. Température. 37,9.

Commc, en présence des vomissements fécaloïdes, la pos sibilité d'un étranglement interne s'évoqnait de nouveau pour tenter par une dernière ressource d'écarter cet étranglement éventuel, le médecin en chef, M. le Dr Schede, fi la laparotomie sous l'anesthésie à l'éther.

On trouva dans la cavité péritonéale environ 100 cmc. de sang libre. La séreuse intestinale était rouge et enflammée, les intestins dilatés et accolés entre eux. Pas d'épanchement purulent. On ne trouva pas d'anse intestinale étranglée tout autour de l'utérus, à la déchirure duquel on ne toucha pas dans l'exploration extrêmement prudente que l'on fit. Le diagnostic s'imposait dès lors de paralysie intestinale. Aussi la cavité abdominale fut refermée, et dans l'angle supérieur de la plaie on attira une anse de l'intestin grêle pour l'établissement d'un anus contre nature.

Pendant l'opération, le pouls et l'état général devinrent très mauvais, puis s'améliorèrent temporairement sous l'influence d'inhalations d'oxygène, Bientôt après l'opération survint la mort.

De l'autopsie qui eut lieu le lendemain, nous ne rapporterons brièvement que ce qui a rapport à l'abdomen. A l'ouverture de la cavité abdominale, les anses distendues de l'intestin grêle s'échappent au dehors. Elles sont légèrement accolées tant entre elles qu'avec le péritoine pariétal. L'enveloppe séreuse de l'intestin est injectée et recouverte par places d'un exsudat fibrino-purulent.

Le fond de l'utérus dépasse la symphyse d'environ 3 travers de doigt. Dans le petit bassin, environ 50 cmc. de sang coagulé.

Rate : 11. 8. 2 cm. Consistance molle, le dessin des follicules effacé.

Foie : 26. 15. 7,5 cm. Le parenchyme présente denom-

breux ilots gras, les lobules sont mal dessinés. Dans la vésicule, une abondante bile noire.

L'estomac et le pancréas ne présentent rien de particulier.

Le rein droit — 15 - 4,2 - 2,5 cm. La capsule s'enlève facilement; la surface est unie, le parenchyme ne présente aucune particularité. Capsule surrénale normale à droite comme à gauche. Le rein gauche ne se trouve pas à sa place normale. A l'endroit de l'enveloppe péritonéale de la paroi antérieure de l'utérus, on arrive dans une cavité remplie de sang coagulé et de débris de tissus, communiquant directement en haut avec le corps de l'utérus et en bas avec la voûté antérieure du vagin. En y regardant de plus près, on voit que cette cavité s'est produite à la suite d'une déchirure longue de 8 cm. qui se trouve à la face antérieure du col utérin et qui a une direction transversale. En haut, cette déchirure est limitée par la musculature non déchirée du corps utérin, environ à la hauteur de l'orifice cervical interne, en bas par la voûte vaginale intacte. La brèche est si grande que le poing y passe commodément. L'insertion du placenta était à la paroi antérieure de l'utérus.

Les annexes et le parametrium sont normaux; sur la muqueuse vésicale se trouvent deux eschares d'environ 1/2 cm. de diamètre. Vagin et rectum : rien de particulier.

Après l'ablation des organes du bassin, on trouve le rein gauche dans la concavité du sacrum; son extrémité supérieure est placée juste au-devant du promontoire; le hile est à droite; l'artère rénale naît exactement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, la veine rénale au point correspondant de la veine cave.

Rein : 10 - 6 - 2. La capsule s'enlève facilement; le parenchyme n'offre rien de particulier.

Bassin aplati simple au 1er degré.

Mensurations après ablation des parties molles :

Entre les épines iliaques	: 24, 5	Diamètre oblique	11, 5
Entre les crêtes —	: 26, 5	Conjugué vrai	9, 5
Bitrochantérien	: 27, 5		

Si on retranche du diam. conjugué vrai (9, 5) l'épaisseur du rein (2 cm.), il reste pour ce même diamètre 7, 5. — c'est-à-dire les proportions du bassin aplati simple du 2e degré.

Que le rein, situé dans ces circonstances au-devant du promontoire, puisse se dérober sous une pression venue d'en haut, cela peut fort bien s'admettre. Un pareil dérobement se produ ra sans doute toujours vers la gauche, pour la double raison que voici : le rein se trouvant avoir son hile à droite, c'est du côté gauche que, conformément à sa forme naturelle en coin, il trouvera la moindre résistance à son déplacement ; d'autre part, la disposition des vaisseaux favorisera cette fuite plutôt vers la gauche que vers la droite. On comprend que, dans la position de la tête suivant O I G A (en allemand, position I du crâne), le rein se dérobe à gauche et par conséquent pendant tout le travail ne saurait être un obstacle. — Les choses se passeront tout autrement si la suture sagittale se présente suivant O I D A (position II des allemands). Dans ce cas, le rein, filant vers la gauche, produit un raccourcissement de ce diamètre égal à son épaisseur (c'est-à-dire 2 cm.). Il est donc devenu dès lors une cause réelle de dystocie.

Le rein généralement ne se dérobe pas, aussi avons-nous eu à compter avec les dispositions du bassin rétréci au 2e degré.

On ne saurait préciser si, dans les deux premiers accouchements de notre malade, se sont rencontrées les dispositions favorables de la position suivant le diamètre oblique gauche. En tous cas, dans le dernier accouchement, il y avait orientation défavorable suivant le diamètre oblique droit.

Il est remarquable que Schonberg, dans les commentaires dont il accompagne son observation, expose dans des termes presque identiques aux nôtres la façon dont il comprend la dystocie produite par l'ectopie rénale pelvienne : la similitude des expressions est telle, que l'on serait tenté de nous accuser d'avoir copié son texte, dont nous n'avons eu connaissance que plusieurs mois après la rédaction de notre première note sur la question (V. Lyon Médical, T. 79 page 39.).

Dans la thèse d'agrégation de Rémy (De la grossesse compliquée de kyste ovarique. 1886), nous avons trouvé un assez grand nombre d'observations qui sont des plus intéressantes par la comparaison qu'on en peut faire avec celles que nous citons dans ce travail. Et pour quelques-unes de celles dont le diagnostic posé de kyste intra-pelvien n'a été vérifié ni par la ponction, ni par l'autopsie, nous n'avons pu nous empêcher de penser qu'il aurait tout aussi bien pu s'agir d'ectopie pelvienne du rein; par exemple pour cette observation de Lefholz (thèse de Rémy. p. 83) dont voici le résumé :

Première grossesse à terme. Présentation transversale en deuxième position. Version nécessaire. Enfant asphyxié, ramené à la vie au bout d'un quart d'heure de soins, mais mort au troisième jour.

Deuxième grossesse : Version également qui donne un enfant vivant. La tête était à droite, très élevée, poussée sur le côté par une tumeur du volume du poing, peu mobile, située dans le petit bassin, à gauche ; tumeur tendue et élastique, très dure, atteignant la moitié de l'os sacré à gauche.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un kystome myxoïde de l'os iliaque ou d'un kyste dermoïde.

Il est d'ailleurs tout naturel que des tumeurs dures, résistantes, irréductibles, comme le sont fréquemment les kystes dermoïdes de l'ovaire, occasionnent des accidents dystociques (Th. de Rémy; — article du prof. Fochier in Lyon Médic. T. 52, p. 303) semblables à ceux du rein en situation pelvienne.

Essai de diagnostic. — Indications fournies par la tumeur pelvienne.

La question se pose maintenant de savoir si, au cours de la grossesse ou pendant le travail, l'examen vaginal, qui doit toujours être pratiqué, peut permettre de reconnaître la tumeur constituée par une ectopie intra-pelvienne du rein; s'il est possible de différencier la nature de cette tumeur; et quelles mesures seront à prendre pour éviter ou atténuer les complications presque fatalement apportées à l'accouchement.

Nul doute, d'abord, que, chez la femme enceinte, la tumenr pelvienne constituée par le rein et dont nous avons aillenrs précisé les caractères, ne soit reconnue par le médecin. L'examen en sera toutefois beaucoup plus facile dans les premiers temps de la grossesse que dans les derniers mois : au début seulement sera possible — ou du moins facile — l'exploration aidée du palper hypogastrique, tandisqu'à la fin il ne restera plus que les renseignements fournis par le toucher vaginal et rectal. Ces derniers moyens d'exploration seront toutefois

suffisants pour faire affirmer que l'on se trouve en présence d'une tumeur dure, résistante, irréductible, suffisamment grosse pour faire redouter des complications dystociques : et c'est là le point important.

— En ce qui concerne le *diagnostic de la nature* de cette tumeur pelvienne, nous ne pouvons que renvoyer aux considérations que nous avons développées à propos des méprises qu'elle peut occasionner en gynécologie, et ajouter que, chez la femme enceinte, surtout dans les derniers mois, et à fortiori au moment du travail, — ce diagnostic sera peut-être encore plus difficile, parce que l'exploration en sera rendue moins aisée par le développement de l'utérus et l'insuffisance du palper hypogastrique. Peut-être devra-t-on moins que dans un diagnostic gynécologique penser à une affection salpingo-ovarique, non pas tant à cause de la stérilité fréquemment dépendante de cette maladie qu'en raison de l'absence de phénomènes douloureux. Mais il serait bien difficile de se déterminer en faveur d'une ectopie rénale plutôt que d'un fibrome mou de l'ovaire adhérent, ou d'un kyste dermoïde de l'ovaire, lequel simulera souvent, par l'épaisseur, la dureté et la résistance de ses parois, la tension excessive de son contenu, sa fixité, une tumeur pelvienne solide.

Ce diagnostic est, au reste, d'importance secondaire. Car ce n'est pas par sa constitution rénale, mais à titre de tumeur solide, irréductible et suffisamment volumineuse, nous le répétons encore, que ce rein pelvien est à redouter pour l'accouchement.

C'est la détermination soigneuse de ces différents

caractères qui sera la base des indications thérapeutiques.

Voici comment nous concevons la ligne de conduite à suivre :

A. La femme est en travail (1)

Dans l'intervalle des contractions, on a fait l'examen le plus complet possible de la tumeur ; par des manœuvres douces et prudentes, on a essayé inutilement de la refouler au-dessus du détroit supérieur. Cependant on n'a pas la certitude qu'elle soit solide. Il y a un moyen de s'en rendre compte : non pas l'*incision*, comme on a pu le conseiller autrefois pour des kystes ovariques ; mais la *ponction*. Nous considérons que cette ponction, pratiquée après une désinfection soigneuse du vagin, quand on s'est donné la certitude que la tumeur vient bien au contact de la paroi vaginale, et qu'il n'y a rien d'interposé entre elle et le vagin, est absolument inoffensive, quelle que soit la nature de la tumeur. On choisira une aiguille longue et fine, et on suivra le petit manuel opératoire recommandé par M. le professeur Fochier (2) : l'aiguille reliée à un appareil Dieulafoy, on n'avancera que le vide à la main ; on aura fait chauffer l'instrument au voisinage de 45° immédiatement avant de s'en servir, et on le maintiendra chaud à l'aide de compresses mouillées dont on enveloppera toute la partie extérieure de l'aiguille.

(1) Si la présentation est céphalique, on se sera avant tout assuré de la variété de position de la tête. Nous ne reviendrons pas sur ce fait, sur l'importance duquel nous avons très longuement insisté dans un chapitre précédent.

(2) Fochier. Dystocie par tumeurs kystiques, Lyon Médical T. 52, p. 303

Ces précautions seront prises en prévision de la rencontre d'un kyste dermoïde dont le liquide gras et huileux se solidifie au-dessous de 32°-33°. Enfin on fera le vide doucement tout en retirant l'aiguille, de façon à appeler du côté du corps de pompe les gouttes qui tendraient à s'essuyer sur les parois du trajet de ponction.

— Rien ne s'écoule, on se trouve en face d'une tumeur *solide :* En surveillant étroitement les bruits du fœtus et l'état de la parturiente, on peut attendre, mais s'apprêter déjà à une intervention. On peut attendre : car, si le bassin est normal, si la situation de la tumeur pelvienne est favorable, si les contractions sont bonnes, l'obstacle sera peut-être franchi. Mais il faudra ne pas pêcher par excès de prudence et d'expectation, et savoir substituer à celle-ci, au moment voulu, l'intervention la plus favorable : *version,* s'il reste une quantité d'eaux suffisante pour l'évolution du fœtus ; ou *forceps.* Si la présentation est un *sommet,* cette dernière méthode serait préférable, nous semble-t-il, à la version, car on peut craindre que la tête, venant dernière, malgré la manœuvre de Mauriceau ne reste accrochée ou ne se défléchisse sur la tumeur qui rétrécit le bassin. Les tractions sur le forceps seront modérées, on ne devra pas perdre le souvenir de la rupture possible d'un kyste dermoïde ou d'un rein, et à ce propos, surveiller tout particulièrement la mère les premiers jours après l'accouchement, se tenant prêt pour une laparotomie au cas de phénomènes péritonéaux, d'hématuries..... S'il y a présentation de l'*épaule* ou

du siége, dès que la dilatation le permettra, on essayera la *version*.

Si la version ne peut réussir, alors, de deux choses l'une : ou bien l'enfant est mort, et il ne reste plus qu'à faire la basiotripsie ; ou bien l'enfant paraît bien portant, et alors on n'a plus qu'à se décider rapidement pour l'une des méthodes suivantes : *symphyséotomie* ou *opération césarienne*, si rien du côté de la mère ne s'y oppose, et surtout si, pour la vie de son enfant, elle consent à une opération dont on lui a exposé tous les dangers.

La même conduite serait, bien entendu, à observer, si la version ou le forceps essayés dans la présentation du sommet avaient échoué.

— Faire les recommandations nécessaires pour les grossesses ultérieures.

B. L'EXAMEN DE LA FEMME EST PRATIQUÉ AU COURS DE LA GROSSESSE, ET SUFFISAMMENT LOIN DU TERME.

(dans les 8 premiers mois)

Nous revenons exprès sur la nécessité d'un examen des plus complets afin de déterminer : que cette tumeur est irréductible ; qu'elle n'est pas liquide (ponction, s'il n'y a pas d'autre élément de certitude) ; quelles sont ses dimensions, ses connexions, sa situation exacte par rapport à l'aire du bassin, quel est le ou quels sont les diamètres rétrécis, quelle est la longueur restante du diamètre antéro-postérieur...

Ce n'est pas seulement l'examen de la tumeur qui

devra être fait avec le plus de soins possibles, c'est aussi celui du bassin, car il est important de savoir si, à cette diminution des diamètres produite par la tumeur, ne vient pas s'en ajouter une d'origine osseuse, s'il n'y a pas une viciation autonome du bassin osseux, comme c'était le cas dans les observations rapportées par Fischel et par Hüeter. — C'est de cet ensemble de données que le médecin tirera l'indication de l'*accouchement prématuré*, et l'âge de la grossesse le plus propice à cette intervention. C'est grâce à une pareille sagesse que Hüter put mener à bien un accouchement qui se présentait dans de fort mauvaises conditions (V. l'observation XXXI)

Si l'on a affaire à une multipare, à ces données tirées de l'examen du bassin, contenant et contenu, il faudra joindre les renseignements très précieux fournis sur les accouchements antérieurs : ces accouchements ont été malheureux, ou seulement laborieux, soit que l'enfant ait eu une présentation vicieuse, soit qu'avec une bonne présentation, le travail ait été exagérément long et difficile ; la sage-femme ou le médecin qui ont assisté à ces accouchements ont certainement observé que la dystocie provenait d'une tumeur de consistance solide, qu'ils ont retrouvée plus tard, après les couches, si la femme a été suivie.

De l'enquête qu'il avait ainsi faite, éclairant les signes fournis par l'exploration, W. Fischel tira des indications qui lui permirent de donner bien portant un quatrième enfant à une femme qui avait eu deux

présentations mortelles de l'épaule produites par un rein pelvien.

C'est intentionnellement que nous n'avons pas développé les accidents susceptibles d'être produits par l'ectopie intra-pelvienne du rein au cours de la grossesse (antéversion et latéroversion) et après l'expulsion du fœtus (retard de la délivrance ; le placenta peut être retenu au-dessus de la saillie constituée par le rein.)

CONCLUSIONS

I

L'ectopie intra-pelvienne du rein est toujours congénitale : jamais l'ectopie acquise, le rein flottant, n'arrive jusqu'au détroit supérieur. — Tantôt le rein est inclus complètement dans le petit bassin ; tantôt, et le plus souvent, il est à cheval sur le promontoire, en partie abdominal, en majorité intra-pelvien. — A la différence du prolapsus acquis, l'ectopie congénitale du rein est bien plus fréquemment gauche que droite, dans la proportion de trois à un, sans qu'on en puisse saisir les raisons.

Anatomiquement, le rein intra-pelvien est caractérisé par sa fixité, son défaut de mobilisation, l'irrégularité de sa forme, la situation du hile à la face antérieure, la richesse et la multiplicité de provenance de ses vaisseaux sanguins.

Comme rapports : le péritoine recouvre une partie de sa face antérieure ; les rapports avec les organes pelviens sont naturellement variables avec le degré d'inclusion du rein. L'utérus et surtout le rectum

sont presque constamment déplacés sur le côté interne du rein. — La capsule surrénale ne participe jamais à l'ectopie. —

L'ectopie intra-pelvienne du rein est très fréquemment accompagnée d'anomalies du côté du reste des organes génito-urinaires. C'est ou l'absence, ou l'atrophie, ou la malformation : 1° de l'autre rein; 2° des glandes génitales, ovaire ou testicule ; 3° des voies d'excrétion génitale, trompe et utérus ; épididyme, canal déférent, vésicule séminale.

L'embriogénie éclaire le mécanisme de toutes ces anomalies, rénales ou autres. Il s'agit d'un arrêt de l'évolution normale, intéressant tout ou partie du canal de Wolff, arrêt dont la cause morbide première nous échappe.

Si l'abaissement congénital simple du rein est un fait fréquent et sans importance, son incusion intra-pelvienne est au contraire un fait rare, mais susceptible d'avoir en pathologie, et principalement en gynécologie et en obstétrique, les conséquences les plus importantes.

Ces conséquences, que le raisonnement permet d'établir à priori, sont absolument confirmées dans leur réalisation par des faits bien observés, qui ont été suivis le plus souvent de vérification *in vivâ* ou *in mortuâ*.

II

En clinique gynécologique, la tumeur formée par le rein pelvien peut être prise pour la manifestation anatomo-pathologique d'une affection de l'utérus ou des annexes, mais surtout des annexes, et, parmi celles-ci, plus particulièrement le fibrome mou non pédiculé de l'ovaire, le kyste dermoïde, la salpingo-ovarite chronique parenchymateuse.

Le diagnostic différentiel, le plus souvent irréalisable, sera possible — il a été fait — dans certains cas de disposition très favorable du rein, laissant atteindre son hile, percevoir les battements de son artère, etc... Une ponction exploratrice, faite suivant toutes les règles antiseptiques, pourra, tout en restant inoffensive, éclairer un peu le diagnostic. Celui-ci n'est d'ailleurs que d'une importance secondaire : en effet, lorsque le rein est sain, ce n'est pas de lui, mais des symptômes de l'affection pelvienne concomitante à propos de laquelle on l'a rencontré que viennent les indications opératoires ; et, lorsque le rein est chirurgicalement malade, l'intervention ne peut que lui être utile. — Mais il est de la plus extrême importance d'établir son diagnostic au cours de l'opération chirurgicale entreprise, — ce qui n'a pas toujours été fait — et ce qui désormais, pensons-nous, devra l'être toujours, après les enseignements de Mundé et de Goullioud ; car il suffit d'être prévenu qu'on est exposé à rencontrer un rein. Et alors, la lenteur prudente, intelligente et douce des manœuvres opératoires évitera l'extraction brutale et irrémé-

diable d'un organe dont l'importance vaut bien l'observance de quelques précautions.

III

En obstétrique, le rein pelvien peut causer des dystocies graves, soit en réduisant l'excavation pelvienne elle-même, soit en rétrécissant le diamètre oblique ou le diamètre conjugué du détroit supérieur, ou les deux à la fois ; soit enfin en déterminant tout ensemble un rétrécissement annulaire et uu rétrécissement canaliculaire du bassin.

Une seule position du fœtus lui permet d'éviter au maximun les inconvénients du rein pelvien : c'est la présentation du sommet suivant la position occipito-antérieure dans le diamètre oblique non obstrue par le rein. Et encore l'accouchement sera-t-il le plus souvent contrarié par l'obstruction habituelle du diamètre antéro-postérieur.

La conséquence la plus fréquente de l'obstacle constitué par l'ectopie pelvienne du rein est la présentation de l'épaule, par rejet de la tête dans la fosse iliaque du côté opposé au rein.

Là, comme en gynécologie, le diagnostic de la tumeur pelvienne est des plus difficiles. C'est, du reste, en tant que tumeur solide, irréductible, et suffisament volumineuse que le rein, dont la nature peut rester ignorée, donne lieu aux indications suivantes :

1° *La femme est en travail.*

Après une expectation prudente restée sans résultat, la version ou le forceps seront indiqués : de

préférence le forceps, sur lequel on ne fera que des tractions modérées, dans la crainte de faire éclater la tumeur. Version si c'est une présentation de l'épaule ou du siège.

Si ces interventions n'aboutissent pas :

Le fœtus est mort : Basiotripsie.

Le fœtus est vivant : discuter la symphyséotomie ou l'opération césarienne avant d'adopter la basiotripsie.

2° *La femme est en pleine grossesse.*

L'examen de toutes les conditions anatomiques de la tumeur et du bassin, les renseignements sur les accouchements antérieurs, surtout ceux que pourrait fournir une sage-femme ou un médecin, seront les données sur lesquelles on établira l'indication de l'accouchement prématuré artificiel et l'époque de la grossesse la plus favorable aux résultats de cette intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Rayer. — Maladie des reins, 1839. Tome I, p. 412 et seq.; tome III, p. 773 et seq.

Drouin. — Lieutaudi anat. pract.

Heusinger. — Zeitschr., für die organ. Physik, 4 oct. 1827.

Guigon. — Hist. de la Soc. de médec., 1789. T. X., p. 68.

Bauhin. — De Renum structurâ., tab. IV.

Sandifort. — Museum anatomicum Lugd. Vol. I. Obs. anat. path. Lib. III.

Chambon de Montaux. — Observ. cliniq. Paris 1789.

Lieutaud. — Hist. naturelle. T. I, p. 284.

Bousquet. — Samml. auserlesener Wahrnehmungen VI, 1762.

Hohl. — Archiv. für anat. und. physiol., 1828, n° 2.

Portal — Journal hebdom. T. I, p. 255, 1828.

Pacoud. — Recueil périodiq. de la Soc. de méd. de Paris. T. XIV, p. 65.

Boinet. — Archiv. générales VII, 1835.

Morgagni. — De sedibus et causis morborum. Epist. XLVII.

Bulletins de la Société d'anatomie de Paris.

Vidal. — 1830. p. 186 et 189.

Barth. — 1840, p. 76.

Trochon. — 1840, p. 77.

Chassaignac. — 1840, p. 76.

Caudmont. — 1844, p. 325.
Broca. — 1850, p. 6.
Potherat. — 1886, février.
Martineau. — 1864, p. 205.
Poirier. — 1889, p. 636 et 1891, 24 juillet.
Potherat et Mordret. — 1889, 15 février.

De Neufville. — Archiv. f. phys. Heilkunde, 1851.
Bachhammer. — Archiv. f. anat. und Entw., 1879.
Weisbach. — Wiener med. Wochensch., 1867.
Stocquart. — Archiv. für path. Anat. und Phys. Vol. 78.
Gruber. — Archiv. von Virchow. Vol. 107.
Braxton-Hicks. — Trans. of. obstetr. Soc. London, 1879.
Watson. — Edimb. Journal, 1874.
Gruber. — Wiener medicin. Jahrbücher, 1866.
Gruber. — Archiv. von Virchow. Vol. 78.
Gruber. — Mém. de l'Acad. de St-Pétersb. VII. Sér. T. II, 1860.
Gruber. — Archiv. von Virchow. Vol. 32 et 68.
Gruber. — St-Pétersburger med. Zeitschrift., 1863.
Stern. — Inaug. Dissert. Berlin, 1869.
Lindner. — « Frauenartz », Juillet, août, sept., oct. 1887.
Landau. — « Die Wanderniere bei Frauen » Berlin, 1881.
Kussmaul. — « Von dem Mangel, der Verkrümmer und Verdopplung der Gebärmutter. »
Lawson-Tait. — Birmingham medical Rewiew, 1885.
Polk. — New-York, med. J., 1882.
Munde. — New-York, med. J., 21 juillet 1888.
Hueter. — Zeitschrift f. Gyn. und Geburtsh. T. V, 1880.
W. Fischel. — Pruger medic. Wochenschrift, 1885, n° 25.
Albers-Schoenberg. — Centralb. für gynec. 1er dec. 1894.

W. Freund. — Hufeisen-Niere-Beitrage zur Geburts. und Gynäk. T. IV.

Strube. — Archiv. von Virchow. T. 137, p. 227, 1894.

Manuels de : Ziegler, Orth, Klebs, Forster, Birch-Hirschfeld, Meckel, Voigtel.

Cruveilhier. — Anat. descript. T. II, p. 313. Ed. 1874.

Testut. — Anat. descript. T. III, p. 809.

Chapuis. — Lyon méd., 1895. T. 79, p. 39.

Goullioud. — Annal. de Gynécol., 1895, p. 117.

Fochier. — Lyon méd., 1883. T. 52, p. 303.

Rémy. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. Th. d'agrégat., 1886.

Récamier. — Thèse de Paris, 1889.

Guyon. — Bull. médical, mars 1889.

Israel. — Sem. médic., 1887 et Soc. de médecine interne de Berlin, 21 mars 1887.

— Ueber palpation gesunder und kranker Nieren. Berlin. Klinik. Woch., 1889, nos 7 et 8.

— Gazette hebdom., 12 avril 1889.

Glénard. — Prov. médicale, 23 avril 1887.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 13 juillet 1896.